

Dégi Csaba

Aspecte psihosociale ale bolilor tumorale

Evaluare și intervenție



Presa Universitară Clujeană

DÉGI L. CSABA

ASPECTE PSIHOSOCIALE ALE BOLILOR TUMORALE

EVALUARE ȘI INTERVENȚIE

DÉGI L. CSABA

**ASPECTE PSIHO SOCIALE
ALE BOLILOR TUMORALE
EVALUARE ȘI INTERVENȚIE**

PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ

2015

Referenți științifici:

Prof. univ. dr. Roth Maria

Prof. univ. dr. Albert-Lőrincz Enikő

Lectori:

Dr. Oaneș Cristina

Dr. Balog Piroska

Dr. Fóris-Ferenczi Rita

Traducere:

Dr. Nagy Imola

ISBN 978-973-595-896-1

© 2015 Autorul volumului. Toate drepturile rezervate.
Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice mijloace, fără acordul autorului, este interzisă și se pedepsește conform legii.

Tehnoredactare computerizată: Alexandru Cobzaș

Universitatea Babeș-Bolyai

Presa Universitară Clujeană

Director: Codruța Săcelelean

Str. Hasdeu nr. 51

400371 Cluj-Napoca, România

Tel./Fax: (+40)-264-597.401

E-mail: editura@edituraubbcluj.ro

<http://www.edituraubbcluj.ro/>

*Tatălui meu,
bolnavilor de cancer*

Cuprins

Lista tabelelor	11
Lista diagrameelor	13
Lista de abrevieri	15
Lista chestionarelor și scalelor	19
Prefață	21
1. Introducere	25
1.1. Incidența și mortalitatea tumorală	25
1.2. Efectul factorilor demografici și socio-economi asupra bolilor tumorale și asupra implicațiilor psihosociale ale acestora	27
1.2.1. Vârstă	27
1.2.2. Sexul	28
1.2.3. Domiciliu	29
1.2.4. Educația	29
1.2.5. Situația familială	30
1.2.6. Statutul socio-economic	32
1.2.7. Etnia	33
1.3. Rolul factorilor de risc tradiționali în evoluția bolilor oncologice ..	35
1.3.1. Fumatul	35
1.3.2. Consumul de alcool	36
1.3.3. Activitatea fizică	37
1.4. Rolul factorilor medicali și oncospecifici și implicațiile psihosociale ale bolilor tumorale	39
1.4.1. Tipul tumorii	39
1.4.2. Stadiul tumorii	40
1.4.3. Localizarea tumorii	42
Cancerul pulmonar	43
Cancerul mamar	45
Cancerul de col uterin	46
Cancerul de colon	46
1.4.4. Oncoterapii	47

Intervenția chirurgicală	47
Chemoterapia	48
Radioterapia	49
1.5. Influența cunoașterii diagnosticului asupra stării psihosociale a pacientului	50
1.6. Rolul factorilor psihosociali în evoluția bolilor tumorale	53
1.6.1. Sindromul depresiv	53
Definiție	53
Simptome, nivele	53
Prevalența	55
Factorii prognostici	57
Efecte	57
Tratament	58
1.6.2. Anxietatea	58
1.6.3. Deznădejdea, pesimismul	60
1.6.4. Epuizarea vitală	61
1.6.5. Evenimente de viață negative	61
1.6.6. Evaluarea copilăriei	62
1.6.7. Suportul partenerial/familial	63
1.6.8. Modalități de control/ Locus de control (locus of control)	64
1.6.9. Intruzivitatea maladiei	64
1.6.10. Strategii de coping (coping)	65
1.6.11. Sentimentul de coerență	66
1.6.12. Autoeficacitatea	67
1.6.13. Practicarea religiei	68
1.6.14. Starea de sănătate subiectivă	69
1.7. Comorbiditatea	69
1.8. Calitatea vieții	70
Despre calitatea vieții în general	70
Particularități	71
Corelațiile dintre calitatea vieții și bolile tumorale	72
Concluzii	74
2. Obiective generale	75
2.1. Obiective	75
2.2. Ipotezele cercetării	76
3. Metode	77
3.1. Eșantionul de populație studiat și metodele cercetării	77
Deseșurarea cercetării	78
3.2. Variabile și instrumente de lucru aplicate	79
Variabile demografice	79

Variabile medicale	79
Variabile ale stilului de viață	80
Variabile și scale psihosociale	81
Chestionarul calității vieții	85
3.3. Metode statistice aplicate	88
4. Rezultate	93
4.1. Cunoașterea diagnosticului tumoral	93
Concluzii	96
4.2. Sindromul depresiv	96
Concluzii	107
4.3. Calitatea vieții	108
Concluzii	125
5. Interpretare	129
Concluzii	136
Limitele cercetării	137
6. Concluzii; inovații	139
Utilitatea rezultatelor cercetării	140
Proiecte de cercetare viitoare	141
7. Rezumat. Aspecte psihosociale ale bolilor tumorale	143
Summary. Psychosocial aspects of cancer	
in hospitalized adult patients	145
Bibliografie	147
Despre autor	179
Lista selectivă cu publicații	181
Publicații în tematica cărții	181
Publicații în limba engleză	181
Publicații în limba maghiară	182
Publicații în limba română	182
Capitole în volume colective	183
Rezumate de conferință citabile	183
Alte publicații	183
Resurse web/on-line	184

Lista tabelelor

Tabelul 1. Valorile normative și indicatorii de încredere ai Scalei de măsurare a calității vieții FACT-G 4.0	87
Tabelul 2. Analiza comparativă a cunoașterii și necunoașterii diagnosticului tumoral, în funcție de factorii demografici și medicali cercetați	94
Tabelul 3. Analiza comparativă a cunoașterii și necunoașterii diagnosticului tumoral în funcție de factorii psihosociali cercetați	95
Tabelul 4. Factorii prognostici semnificativi ai necunoașterii diagnosticului, după ajustarea la factorii demografici și medicali	95
Tabelul 5. Descrierea punctajelor medii ale Scalei de depresie Beck (BDI), în funcție de tipul, stadiul și localizarea tumorii	97
Tabelul 6. Analiza de regresie liniară pas cu pas în cercetarea depresiei și a factorilor demografici, medicali, de stil de viață și psihosociali la bolnavii cu tumorii maligne	101
Tabelul 7. Prezentarea comparativă a depresiei clinice și subclinice, în funcție de factorii demografici, medicali și de stil de viață cercetați	103
Tabelul 8. Prezentarea comparativă a depresiei clinice și subclinice, în funcție de factorii psihosociali cercetați	104
Tabelul 9. Factorii prognostici semnificativi ai depresiei clinice, după ajustarea la factorii demografici, medicali și de stil de viață	106
Tabelul 10. Descrierea punctajelor medii ale Scalei de măsurare a calității vieții (FACT-G 4.0), în funcție de sex, tipul, stadiul și localizarea tumorii	108

Tabelul 11. Analiza de regresie liniară pas cu pas în cercetarea calității vieții și a factorilor demografici, medicali, de stil de viață și psihosociali la bolnavii cu tumori maligne	116
Tabelul 12. Analiza de regresie liniară pas cu pas în cercetarea calității vieții în funcție de sex	119
Tabelul 13. Analiza de regresie liniară pas cu pas în cercetarea calității vieții în funcție de tipul și stadiul tumorii	119
Tabelul 14. Analiza de regresie liniară pas cu pas în cercetarea calității vieții în funcție de localizarea tumorii	120
Tabelul 15. Prezentarea comparativă a calității vieții nesatisfăcătoare și satisfăcătoare, în funcție de factorii demografici, medicali și de stil de viață cercetați	122
Tabelul 16. Prezentarea comparativă a calității vieții nesatisfăcătoare și satisfăcătoare, în funcție de factorii psihosociali cercetați	123
Tabelul 17. Factorii prognostici semnificativi ai calității vieții nesatisfăcătoare, după ajustarea la factorii demografici, medicali și de stil de viață	125

Listă diagramelor

Diagrama 1. Simptome ale depresiei în funcție de stadiul bolii	98
Diagrama 2. Evoluția simptomelor depresive în funcție de cunoașterea diagnosticului	98
Diagrama 3. Evoluția sindromului depresiv în funcție de reacția la diagnostic	99
Diagrama 4. Simptome ale depresiei în funcție de starea de sănătate	99
Diagrama 5. Evoluția sindromului depresiv în funcție de activitatea fizică	100
Diagrama 6. Corelațiile dintre sindromul depresiv și factorii psihosociali semnificativi	100
Diagrama 7. Evoluția calității vieții în funcție de nivelul de educație	109
Diagrama 8. Calitatea vieții în funcție de domiciliu	110
Diagrama 9. Calitatea vieții la categoriile situației familiale	110
Diagrama 10. Calitatea vieții în funcție de religiozitate	111
Diagrama 11. Calitatea vieții în funcție de tipul tumorii	111
Diagrama 12. Evoluția calității vieții în funcție de stadiile bolii	112
Diagrama 13. Calitatea vieții în funcție de reacțiile la diagnosticul oncologic	112
Diagrama 14. Calitatea vieții la categoriile stării de sănătate	113
Diagrama 15. Evoluția calității vieții în funcție de activitatea fizică	113
Diagrama 16. Evoluția calității vieții în funcție de categoriile de depresie	114

Diagrama 17. Coeficienții de corelație tip Pearson ai calității vieții și ai variabilelor psihosociale semnificative 114

Diagrama 18. Analiza path cu ajutorul metodei AMOS, pe baza datelor demografice, medicale și de stil de viață standardizate.
Variabila dependentă – calitatea vieții bolnavilor cu cancer 118

Lista de abrevieri

8-OH-dG	8-hydroxydeoxyguanosine
ACS	American Cancer Society (Societatea Americană de Cancer)
ADN	acidul dezoxiribonucleic
BDI	Beck Depression Inventory (Inventarul de depresie Beck)
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Scala de depresie a Centrului de Studii Epidemiologice CES-D)
CFI	Comparative Fit Index
CI	Confidence Interval (interval de confidență/încredere)
CMIN/df	degree of freedom (grad de libertate, abaterea de eșantion minimală împărțită la gradul de libertate)
DHEA	dehydroepiandrosteron
DSM	Diagnostic Manual
EORTC QLQ-C30	European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Questionnaire (Chestionarul central al Organizației Europene de Cercetare și Tratament al Cancerului)
EWB	Emotional Well-Being (Starea de bine emoțională)
FACT-C	Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal (Evaluarea Funcțională a Terapiei Cancerului – Colorectală)

FACT-G	Functional Assessment of Cancer Therapy-General (Evaluarea Funcțională a Terapiei Cancerului – Generală, Scala calității vieții)
FWB	Functional Well Being (Starea de bine funcțională)
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale (Scala de depresie Hamilton)
HHM	axa HPA (axa formată din hipotalamus, glanda pituitară și suprarenale)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Virusul de Imunodeficiență Umană)
HPV	Papillomavirus (Virusul Papilloma)
HR	hazard ratio (rată de risc)
IARC	International Agency for Research on Cancer (Agenția Internațională de Cercetare Oncologică)
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Inventarul multifazic de personalitate Minnesota)
NFI	Normed Fit Index
NK	natural killer (celule NK)
OR	odds ratio (șansă relativă, riscul relativ estimat)
PWB	Physical Well-Being (Starea de bine fizică)
RMSEA	Root Mean Square Error of Approximation (factorul de eroare)
RR	relative risk (riscul relativ)
SD	deviație/dispersie standard
SE	standard error (eroare standard)
SES	social-economical status (statutul economico-social)
SF-36	Medical Outcomes Study MOS 36-Item Short Form Health Survey (Chestionarul Short Form 36)

SPSS	Statistical Package for Social Sciences (Pachet Statistic pentru Științele Sociale)
STAI-T	Trait Anxiety Inventory (Inventarul de anxietate de trăsătură Spielberger)
SWB	Social/Family Well-Being (Starea de bine socială/familială)
U.S. DHS	Department of Health and Human Services (Departamentul American de Sănătate)
VIF	Variance Inflation Factor (indicatorul multicoliniarității)
WHO	World Health Organisation (Organizația Mondială a Sănătății)

Lista chestionarelor și scalelor

Chestionarul de epuizare vitală Appels –
Shortened Vital Exhaustion Questionnaire

Chestionarul de personalitate tipul-D Denollet –
Shortened Type-D Scale

Chestionarul de stres și al evenimentelor de viață Rahe –
Shortened Rahe's Life Events Rating Scale

Inventarul de depresie Beck –
Shortened Beck Depression Inventory

Inventarul stare-trăsătură de anxietate Spielberger –
Spielberger State–Trait Anxiety Inventory

Inventarul strategiilor de coping Folkman și Lazarus –
Shortened Ways of Coping Questionnaire

Scala de atitudini disfuncționale Weissman –
Shortened Dysfunctional Attitude Scale

Scala de autoeficacitate Schwarzer –
Shortened Generalized Self-Efficacy Scale

Scala de măsurare a calității vieții FACT-G 4.0 – generală –
Functional Assessment of Cancer Therapy-General

Scala de pesimism Beck –
Shortened Hopelessness Scale

Scala de singurătate socială și emoțională pentru adulți Di'Tommaso –
Social and Emotional Loneliness Scale

Scala Devins de evaluare a intruzivității bolii –
Illness Intrusiveness Rating Scale

Scala multidimensională al modalităților de control Wallston –
Multidimensional Health Locus of Control Scale

Scala sentimentului de coerență Rahe –
Rahe's Sense of Coherence Scale

Prefață

Cancerul și mortalitatea tumorală nu sunt fenomene specifice societății moderne, totuși, bolile oncologice reprezintă prima cauză a deceselor pe plan mondial, cu toate că nu se cunoaște nici azi cauza și etiologia precisă a îmbolnăvirii (Lapis, 2001). Tabloul clinic și evoluția cancerului sunt procese extrem de complexe, avantajul indubitabil al acestei complexități fiind faptul că „*ne reamintește mereu că pacienții cu cancer sunt și ei oameni*” (Greer și Watson, 1985, 773). Boala canceroasă atacă mai întâi corpul fizic, dar, în momentul în care individul afectat ia cunoștință de acest fapt, se declanșează și atacul destructiv împotriva vieții psihice și sociale a acestuia (Komlósi, 2006a).

Abordarea psihico-oncologică stipulează că, în evoluția și prognosticul bolilor tumorale de etiologie multifactorială, elementele psihosociale joacă un rol esențial, ele contribuind la persistența sau agravarea bolii cronice (Riskó și Túry, 2008). Cercetările psihico-oncologice reprezintă un tip de abordare modern și complex, cu o metodologie de mai bună calitate, dat fiind faptul că se studiază deopotrivă rolul și efectul factorilor biologici, psihologici, sociali, economici și spirituali (Tiringer, 2007a). În sistemul medical românesc, psihico-oncologia – ca domeniu de cercetare și ca teren interdisciplinar, de conlucrare și intervenție pentru mai multe profesii medicale și/sau sociale –, se află încă într-o etapă de tatonare. În același timp, posibilitățile de tratare holistică a bolilor tumorale în România sunt extrem de reduse, tratamentul reducându-se, în cele mai multe cazuri, la tratarea tumorii, respectiv calmarea durerii. Astfel, în institutele oncologice din Transilvania, gradul de neglijare a necesităților psihosociale ale pacienților atinge valori alarmante, atât din punct de vedere profesional, cât și uman. Cu puține excepții, în spitalele de oncologie din țara noastră nu lucrează psihologi sau asistenți sociali, calitatea vieții și distresul psihosocial al pacienților cu cancer fiind aspecte complet neglijate ale schemei de tratament.

Cele 70 de cercetări prospective, desfășurate pe parcursul ultimelor trei decenii în legătură cu rolul factorilor genetici/biologici, psihici și sociali sau de mediu în apariția bolilor tumorale și cu încadrarea acestor boli într-un sistem bio-psihosocial, arată că există o rețea întreagă de probleme și întrebări fundamentale în legătură cu relația corp-psihism-mediu, care nu au încă răspunsuri clar formulate (Garsseen, 2004). Pe parcursul ultimilor douăzeci de ani, deși psiho-oncologia a progresat considerabil, rata necesităților psihosociale neglijate și desconsiderate de-a lungul tratamentului oncologic a rămas la fel de ridicată (Barg și colab., 2007), în ciuda evoluției din domeniul ameliorării durerii și a reducerii efectelor secundare ale schemei de tratament. De asemenea, a fost conștientizat din ce în ce mai mult faptul că factorii psihosociali pot influența evoluția țesuturilor canceroase și invazivitatea tumorii, pot induce comportamente autodestructive și pot determina și influența dorința de colaborare a pacientului (Kopp, 2006a). Din perspectiva mecanismului biologic al factorilor psihosociali, mecanismele de evaluare și de clasificare a sistemului nervos central, respectiv procesele cognitive joacă un rol fundamental, ceea ce explică faptul că acceptarea și implementarea practică a abordării bio-psihosociale în praxisul medical-clinic se realizează doar parțial (Kopp, 2006a). Acest fenomen este denumit de către Greer (2002) ruptura sau decalajul dintre cercetare și intervenție. Cu toate acestea, pe parcursul ultimelor decenii, asigurarea calității vieții pacienților a devenit la fel de prioritară ca și tratarea tumorii sau creșterea șanselor de supraviețuire. Începând cu 1985, calitatea vieții pacientului se consideră indicatorul principal al eficacității testelor clinice și a tratamentelor antitumorale. În 1995, literatura de specialitate oncologică lansa ideea probabilității ca, în primul deceniu al secolului XXI, măsurarea și evaluarea calității vieții să devină un procedeu de rutină în protocolul de tratamente oncologice (Ganz, 1995).

În lucrarea de față, ofer un model comun care cuprinde variabilele demografice, medicale, comportamentale și psihosociale. Problemele fundamentale dezbatute aici sunt următoarele: în ce măsură pacienții spitalelor de oncologie din Transilvania își cunosc diagnosticul, în ce măsură pacienții inclusi în cercetare sunt afectați de stări depresive și anxietate, care este calitatea vieții, respectiv starea fizică, socială/familială, emoțională și funcțională a pacienților spitalizați, care sunt factorii de prognostic ai necunoașterii diagnosticului tumoral, ai depresiei și ai slabei calități a vieții și ce legătură semnificativă există între factorii demografici, medicali și psihosociali, din punctul

de vedere al diagnosticului tumoral, al disconfortului afectiv și al calității vieții. Nu avem cunoștință despre cercetări anterioare ample, efectuate în România asupra unui eșantion mare de populație.

După prezentarea situației și incidenței bolilor tumorale am realizat o trecere în revistă a factorilor de risc demografici, tradiționali și specifici, medicali. Consider că o astfel de privire de ansamblu asupra acestor aspecte este necesară, deoarece acești factori de risc au fost cuprinși în analizele noastre statistice, cu scopul de a identifica relații și conexiuni care acționează independent de acești factori. Am descris apoi cercetările referitoare la rolul factorilor psihosociali. Următoarea parte a lucrării tratează problema relațiilor dintre bolile tumorale și calitatea vieții. Partea aplicativă a cercetării noastre și prezentarea rezultatelor este concentrată asupra chestiunii diagnosticului tumoral, a sindromului depresiv și asupra problemei calității vieții. Cartea se referă la analiza calității vieții pacienților cu cancer din România din perspectiva practicilor de comunicare a diagnosticului. Partea finală a lucrării cuprinde interpretarea rezultatelor și planurile de cercetare viitoare.

Cluj Napoca, decembrie 2011

1. Introducere

1.1. Incidența și mortalitatea tumorală

În Europa se diagnosticează aproximativ 3,2 milioane de noi cazuri de cancer anual (53% la bărbați, 47% la femei), ceea ce înseamnă o creștere de 300.000 din 2004 încoace (Ferlay și colab., 2007). În regiunea Europei centrale și de est – fostele țări comuniste și Rusia – numărul cazurilor noi de cancer este de 903.400. Până în 2020, se preconizează o creștere a incidenței cazurilor de boli tumorale cu 50%, ceea ce înseamnă un număr de 16 milioane de pacienți noi pe plan global, respectiv 1.030.200 de pacienți noi în regiunea central-est europeană (553.100 bărbați și 477.100 femei) (WHO, 2005).

În prezent, în România, frecvența îmbolnăvirilor este sub media europeană (România 240, 66 la 100.000 locuitori, la o populație de 21,5 milioane vs. Europa 460,12), situație care a persistat pe parcursul ultimelor două decenii. În ultimii ani, din totalul cazurilor noi de cancer (România 52.040 vs. Ungaria 80.782), aproape jumătate au fost diagnosticate în județul Cluj (21.277 persoane; 11.226 bărbați și 10.151 femei) (WHO, 2008a).

În Europa sunt raportate anual 1,7 milioane de cazuri de deces cauzat de cancer (56% bărbați, 44% femei), dintre care 637.000 de persoane (359.200 bărbați și 277.800 femei) provin din regiunea central-est europeană (Ferlay și colab., 2007; WHO, 2005). Acest procent reprezintă 15% din mortalitatea central-est europeană. În 2020 se presupune că bolile tumorale vor cauza decesul a aproximativ 10,3 milioane de persoane pe plan mondial, ceea ce înseamnă o creștere a mortalității central-est europene cu 25% (742.800 persoane, dintre care 432.600 bărbați și 310.200 femei) (WHO, 2005).

În România, deși incidența tumorală este relativ temperată, mortalitatea tumorală cunoaște, în schimb, o tendință ascendentă, atingând azi media europeană (România 179,8 vs. Europa 182,79). În 2007, numărul cazurilor de deces provocat de tumori maligne a fost mai mare în România decât în Ungaria (WHO, 2008b) (România 45.383; 26.753 bărbați și 18.630 femei vs. Unga-

ria 32.057): cancer pulmonar (România 9.087; 7.312 bărbați și 1.775 femei vs. Ungaria 7.571); cancer de colon și ano-rectal (România 4.971; 2.779 bărbați și 2.192 femei vs. Ungaria 4.557); cancer mamar (România 3.108; 3.049 femei și 59 bărbați vs. Ungaria 2.109) și cancer de col uterin (România 1.837 vs. Ungaria 416).

Din perspectiva incidenței și mortalității tumorale, cele mai frecvente tipuri de cancer din Europa sunt: cancerul mamar (incidență: 429.900 cazuri, adică 13,5% din incidența tumorala; mortalitatea: 131.900 cazuri), cancerul de colon (incidență: 419.900 cazuri, adică 12,9% din incidența tumorala; mortalitatea: 207.400 cazuri) și cancerul pulmonar (incidență: 386.300 cazuri, adică 12,1% din incidența tumorala; mortalitatea: 334.800 cazuri de deces, 19,7% din mortalitatea tumorala). În cazul bărbaților cele mai frecvente tipuri de tumori maligne sunt următoarele: cancerul pulmonar, cancerul de prostată, cancerul de colon, cancerul gastric și cel vezical, în timp ce la femei avem de-a face cu cancerul mamar, cancerul de colon, cancerul pulmonar, cel gastric și cancerul de col uterin (Ferlay și colab., 2007).

Și în România, printre cele mai frecvente tipuri de cancer se numără cancerul mamar (România 52,09 per 100.000 locuitori vs. Ungaria 139,33), cancerul pulmonar (România 33,86 per 100.000 locuitori vs. Ungaria 104,07) și cancerul de colon, dar o problemă gravă de sănătate publică o reprezintă și cancerul de col uterin, în special din 1990 încoace (Todorova și colab., 2006; WHO, 2008a,b). Incidența cancerului de col uterin a crescut semnificativ în comparație cu anii 1980, când rata de ocurență a acestui tip de tumoră era de 16,58 la 100.000 locuitori. Azi acest procent este de 28,9. România cunoaște cea mai mare mortalitate cauzată de cancerul de col uterin în ultimele două decenii: la noi, mortalitatea este de 6,3 ori mai mare decât media Uniunii Europene. În același timp, în România cancerul de col uterin este cauza principală a mortalității femeilor între 25–44 ani, alături de cancerul mamar (IARC, 2005).

Trebuie precizat că azi, rata de supraviețuire de cinci ani atinge, în țările dezvoltate, procentul de 66%, indiferent de localizarea cancerului. În anii 1970, acest procent era de doar 50% (ACS, 2007). În Ungaria, rata de supraviețuire de cinci ani este de 72–73% în cazul cancerului mamar și a celui de col uterin, de 40–50% în cancerul de colon, respectiv de 17% în cancerul pulmonar, ceea ce concordă cu datele de supraviețuire oferite de Canada sau Norvegia (Tusnády, Gaudi, Rejtő, Kásler și Szentirmay, 2008). În cazul României nu

dispunem de astfel de date exacte referitoare la rata de supraviețuire, din cauza lacunelor sau a lipsei Registrului Național de Cancer.

1.2. Efectul factorilor demografici și socio-economi asupra bolilor tumorale și asupra implicațiilor psihosociale ale acestora

1.2.1. Vârsta

Într-un sens generic, bolile tumorale au o specificitate legată de vârstă, deoarece, o dată cu trecerea anilor și înaintarea în vârstă, crește și riscul degenerenței ADN (Loft și Poulsen 1996), dar și acela al deregării controlului producerii de citokine pro-inflamatorii (în special interleukina-6, IL-6). Depresia poate crește producerea de IL-6 și a altor substanțe citokine pro-inflamatorii, influențând astfel morbiditatea și mortalitatea în cadrul populației adulte (Kiecolt-Glaser și Glaser 2002; Ershler și Keller 2000).

Studiile noastre anterioare din domeniul psiho-oncologiei sugerează că vârsta medie și matură (OR=12,35 și OR=6,37) reprezintă factori de risc ai bolilor tumorale semnificativ mai mari decât vârsta Tânără (Dégi, 2008). În prezent, aproximativ 60% dintre cazurile de cancer afectează populația cu vârstă de peste 65 ani, iar studiile epidemiologice arată, pe baza modelelor demografice actuale că, în 2020, aproximativ 70% din populația vârstei a treia va fi afectată din punct de vedere oncologic (Balducci și Extermann, 2000). Pe lângă acest grad mare de afectare oncologică, trebuie precizat și faptul că, potrivit datelor furnizate de către Horikawa și colaboratorii (2000), respectiv Phunggrassami și colaboratorii (2003), în rândul populației de vârstă înaintată, chiar și informarea în legătură cu diagnosticul tumoral este mult mai dificilă, comparativ cu populația Tânără, care are șanse de 5,8 mai mari să fie corect și clar informată despre propriul diagnostic.

Vârsta și educația reprezintă factorii demografici cei mai importanți ai stării de sănătate (Kopp, Skrabski și Székely, 2006b). O dată cu înaintarea în vârstă, aproximativ după vârsta de 40, apoi cea de 60 de ani, capacitatea de autoevaluare a stării de sănătate scade semnificativ, paralel cu creșterea valoșii indexului de intruzivitate a maladiei, a sindromului depresiv, a deznașdejdiilor, a epuizării vitale și a anxietății, ceea ce duce la scăderea calității vieții și la creșterea riscului de deces prematur. Spre exemplu, în cadrul populației cu vârstă de peste 65 de ani, riscul depresiei medii sau severe, clinice este de trei

ori mai mare decât în rândul indivizilor sub această vârstă (Kopp, Skrabski și Székely, 2006b; Kovács și Jeszenszky, 2006a). Îmbătrânirea aduce și o scădere a capacitatei de tolerare atât a evenimentelor pozitive, cât și a celor negative, în general vârstnicii apreciind evenimentele de viață negative ca fiind mai nefaste decât sunt în realitate, ei tinând chiar să nu interpreteze ca fiind bune nici măcar evenimentele pozitive (Szabó și Rózsa, 2006).

Lai, Tang și Chung (2009) au aplicat criteriul vârstei în analiza lor, făcută în legătură cu calitatea vieții a 173 femei diagnosticate cu cancer de col uterin. Din perspectiva calității vieții, singurul punct în care au putut identifica diferențe semnificative, a fost dimensiunea relațiilor sociale, adică gradul de implicare și funcționalitate socială a pacientelor în vârstă a fost mai redus, comparativ cu pacientele tinere. În același timp, diferite grupe de vârstă arătau diferite corelații cu factorul calității vieții. În cazul pacientelor tinere, profesia și educația, în cazul pacientelor în vârstă, stadiul bolii și timpul scurs de la declanșarea ei se aflau în corelații pozitive cu calitatea vieții. În cazul celor din urmă, s-a identificat o corelație negativă între calitatea vieții și vârstă, bolile fizice și avorturile anterioare.

1.2.2. Sexul

Studierea bazei de date oncologice, efectuate în cadrul cercetării Hungarostudy 2002, (n=727) arată că sexul feminin (OR=1,85) reprezintă un factor de risc oncologic de două ori mai mare decât sexul masculin (Dégi, 2008). Rezultatele noastre sunt susținute de datele oferite de Kaplan și Reynolds (1988), potrivit cărora OR (odds ratio) al riscului oncologic ajustat la vârstă este de 1,27 la femei și de 0,97 la bărbați $p<0,05$). Conform evaluărilor statistice ale lui Bray și Atkin (2004), probabilitatea morbidității și mortalității oncologice este, de asemenea, mai mare în cazul femeilor, din cauza bolilor tumorale specifice sexului feminin (de exemplu, tumorile mamare).

Măsurătorile longitudinale ale lui Kurtz, Kurtz, Stommel, Given și Given (2002), respectiv cele ale lui Stommel, Kurtz, Kurtz, Given și Given (2004) arată că sexul feminin influențează în mod semnificativ, respectiv ridică cu 1,56 puncte ($p<0,03$) valoarea atinsă pe scala de depresie, amplificând simptomatologia sindromului depresiv al pacienților cu cancer de colon, în primul an după stabilirea diagnosticului. Analizele longitudinale și reprezentative ale lui Schmidt și colaboratorii (2005), în cadrul cărora au fost interogați 568

paciенti cu cancer de colon, arată că unul din factorii prognostici cei mai importanți ai calității vieții a fost, alături de starea de sănătate precară și statutul de necăsătorit, sexul masculin. În același timp, față de cei 264 subiecți masculini inclusi în cercetare, la cele 255 de femei s-a constatat o funcționalitate fizică mai redusă și un grad mai ridicat de epuizare, concomitent cu o mai deficitară autoevaluare a stării de sănătate (Schmidt și colab., 2005).

Alte cercetări, spre deosebire de cele menționate anterior/mai sus, nu au constatat corelații semnificative între depresie, funcționalitate fizică, respectiv sexul pacienților. Studiul sintetic al lui DeFlorio și Massie (1995) (23 de studii din cele 29) nu vorbește de existența unor deosebiri semnificative în funcție de sex, în legătură cu frecvența și proporția stărilor depresive ale bolnavilor cu cancer. Pentru o căt mai obiectivă analiză a corelațiilor dintre sex și funcționalitatea fizică, Kurtz, Kurtz, Stommel, Given și Given (2000) au exclus din cercetările lor tumorile specifice de gen (cancerul mamar și cel de prostată). Cu toate acestea, ei nu au putut identifica diferențe semnificative între nivelul funcționalității fizice a pacienților cancerosi de sex masculin, respectiv a celor de sex feminin (57,5 vs. 56,9).

1.2.3. Domiciliu

Domiciliul respectiv condițiile de locuit sunt, din punct de vedere igienico-sanitar, factori cel puțin la fel de importanți ca și fumatul sau alcoolismul. Spre exemplu, în aglomerațiile urbane se înregistrează mai frecvent boli tumorale, simptome depresive asociate unor tulburări psihice de adaptare sau alte manifestări care reprezintă risc un medical sau sanitar. Rezultatele cercetării naționale Hungarostudy 1995 (n=12.640) arată că, după ajustarea la vârstă și educație, numărul mare al zilelor de concediu pe caz de boală sau alți indicatori de sănătate deosebit de negativi (cum ar fi morbiditatea bolilor infecto-contagioase și neinfectioase) caracterizează persoanele din mediul urban sau din locațiile rurale izolate. Tipul de domiciliu este asociat deteriorării stării de sănătate mai puțin în cazul vârstnicilor și mai ales în cadrul populației active, de vârstă medie (Kopp, Skrabski și Székely, 2000a).

1.2.4. Educația

Educația ca factor de protecție și lipsa educației ca factor de risc se verifică și în cazul bolilor tumorale, așa cum arată mai multe studii cuprinzând întreaga

populație. De exemplu, Stommel și colaboratorii (2004) au făcut cercetări asupra a 860 pacienți cu tumori și au conchis că studiile școlare mai avansate au redus cu 0,345 (p<0,01) puncte anual valoarea atinsă pe scala de depresie. Pacienții cancerosi cu studii universitare au o mai mare probabilitate de abordare a unui stil de viață sănătos în perioada următoare stabilirii diagnosticului (Ruth și colab., 2003). Pacienții cu studii mai reduse nu își cunosc, de obicei, diagnosticul oncologic sau experimentează dificultăți de comunicare în relația medic-pacient (Lin, 1999).

Rolul și efectele educației în evoluția calității vieții sunt mai nuanțate și mai contradictorii. Akin, Can, Durna și Aydiner (2008) au demonstrat recent existența unei funcționalități semnificativ mai bune la pacienții cu studii primare, comparativ cu funcționalitatea pacienților cu studii mai înalte, cu toate că subiecții mai puțin educați au raportat mai frecvent manifestări și simptome fizice, respectiv valori mai scăzute ale atitudinii pozitive și ale capacitatei de reducere a stresului.

1.2.5. Situația familială

Studiile referitoare la interrelaționările dintre situația familială și maritală, respectiv indicatorii de sănătate, efectuate în cadrul populației generale, arată că cele mai numeroase relații pozitive pot fi surprinse în rândul celor necăsătoriți. Spre exemplu, în comparație cu subiecții căsătoriți, divorțați sau văduvi, cei necăsătoriți raportează cel mai mic număr de zile de concediu pe caz de boală și au cel mai redus nivel de depresie (punctaj mediu: 4,9 vs. 10,5; 11,3 și 16,2) (Léder, 1997). Potrivit analizelor prospective ale lui Waxler-Morrison, Hislop, Mears și Kan (1991), în cazul pacienților oncologici, statutul de necăsătorit crește șansele de supraviețuire.

Aceștia au descoperit existența unei corelații directe între situația familială și apelul la concedii de boală și la servicii medicale, în special în cazul celor divorțați sau văduvi. Recurgerea la serviciile medicale de urgență, mersul la spital sau la doctor survin cel mai frecvent în cazul subiecților văduvi și tot ei prezintă cea mai ridicată valoare a epuizării vitale. Acest fenomen se explică prin predominanța manifestărilor combative sau de izolare și nu a celor de coping sau de confruntare, de rezistență, persoanele văduve preferând reacții de retragere sau solicitarea de ajutor în cazul evenimentelor de viață dificile (Léder, 1997). Trebuie menționat faptul că statutul de văduv atrage după sine

reacții și efecte imunodepresive, deoarece stresul și izolarea cresc activitatea axei HPA, dar nu lipsa partenerului în sine, ci reacția psihică a organismului la această situație sau lacună existențială poate fi asociată cu scăderea activității celulelor NK și a competenței imunitare (Szendi, 2006). Cercetătorii Kvikstad, Vatten, Tretli și Kvinnslund (1994a,b) au reușit să demonstreze parțial, ipoteza potrivit căreia văduvia sau divorțul joacă un rol central în morbiditatea oncologică. Studiile lor au inclus 17.235 persoane, dintre care 4.491 femei cu cancer mamar și 34.460 persoane din populația generală de vârstă similară, incluse în grupul de control. Nu s-a găsit o corelație semnificativă statistică între riscul oncologic general și statutul de văduv. În comparație cu starea de căsătorit, șansa relativă al riscului de cancer mamar în cazul văduviei / al decesului partenerului este de 1,13 (95% CI 0,94–1,36), iar în cel al divorțului este de 0,83 (95% CI 0,75–0,92). În același timp, riscul îmbolnăvirii de cancer pulmonar sau de col uterin a fost semnificativ mai mare față de femeile căsătorite. Rezultatele cercetării longitudinale ajustate la vârstă a lui Ewertz (1986), incluzând un grup de 1.792 femei cu cancer mamar și 1.739 persoane sănătoase în grupul de control, sugerează că divorțul (OR=0,9; 95% CI 0,7–1,2) nu corelează cu riscul crescut de cancer mamar, în timp ce văduvia prelungită (mai lungă de 15 ani; OR=1,3; 95% CI 0,8–2,0) corelează.

Persoanele căsătorite preferă să aplice strategii de adaptare și rezolvare de probleme, neglijând coping-ul emoțional-afectiv sau restructurarea cognitivă (Léder, 1997). Este demonstrat și faptul că rata mortalității este cu 50% mai redusă la pacienții căsătoriți față de cei necăsătoriți (Butow, Coates și Dunn, 1999). Cu toate că literatura de specialitate evidențiază interrelaționarea pozitivă și corelația dintre starea de bine fizică și emoțională, respectiv căsătorie sau angajarea într-o relație, aceeași corelație nu este neunivocă și clară și din perspectiva stării de bine sociale. Cercetările reprezentative (n=3.032) ale lui Shapiro și Keyes (2008) arată că bunăstarea și confortul social al persoanelor căsătorite nu este semnificativ mai mare decât în cazul celor necăsătorite, dar e semnificativ mai mare față de cuplurile coabitante.

Cercetări prospective anterioare raportează rezultate contrare sau incerte. Cassileth și colaboratorii (1988) au studiat, timp de opt ani, un grup de persoane cu diverse tipuri de cancer cu prognostic rezervat. În cazul celor 204 pacienți participanți la studiu, s-a constatat o corelație între rata redusă a supraviețuirii, respectiv statutul de căsătorit și lipsa sau slabă calitate a relații-

lor sociale. În schimb, cercetarea lui Reynolds și colaboratorii (1994), cu un studiu follow-up de șase ani și inclusiv 1.011 persoane, sugerează că statutul marital și calitatea relațiilor sociale nu influențează mortalitatea oncologică.

1.2.6. Statutul socio-economic

Rezultatele cercetării naționale Hungarostudy 1995 și 2002 demonstrează clar faptul că, în regiunea central-est europeană, statutul socio-economic slab, în special sărăcia relativă și traiul în medii defavorizate, sunt factori determinanți ai mortalității oncologice. În sistemul de relații dintre statutul socio-economic, sărăcia relativă și mortalitate intervin numeroși factori psihosociali, cu rol de mediere, dintre care cei mai importanți sunt depresia, epuizarea vitală, neîncrederea socială și capitalul social redus (Kopp, Falger, Appels și Szedmak, 1998; Skrabski, Kopp și Kawachi, 2004a). Privățunile socio-economice și înapoierea socială pot contribui la creșterea ratei morbidității și mortalității prin creșterea simptomelor depresive, ceea ce înseamnă că o situație economică și socială relativ gravă duce la procente mai însemnante ale morbidității nu prin sine, ci prin intermediul unei simptomatologii depresive mai accentuate.

Din punctul de vedere al incidenței și mortalității tumorale, riscul îmbolnăvirii de cancer al aparatului respirator (nas, laringe, plămâni), respectiv de tumori ale cavității bucale sau de cancer faringian, esofagian sau gastric este mai mare în cazul bărbaților cu statut socio-economic mai modest, în comparație cu bărbații cu statut socio-economic mai elevat, care dezvoltă mai ales forme de cancer de colon, de encefal sau de piele. Femeile din zone defavorizate din punct de vedere socio-economic prezintă un risc pentru cancerul faringian, gastric sau cel de col uterin, în timp ce femeile cu condiții financiare bune contractează mai ales tumori maligne de colon, mamar sau ovarian, respectiv diverse forme de melanom. În ceea ce privește rata de supraviețuire, trebuie spus că statutul socio-economic modest corelează cu tendințe descendente de supraviețuire, în timp ce statutul mai elevat cu tendințe ascendente, cu toate că diferența dintre cele două tendințe este relativ redusă, valoarea sănsei relative (OR) fiind situată între 1 și 1,5. Diferențe majore între pacientele cu statut socio-economice diferit s-au constatat în cazurile de tumori cu prognostic favorabil (spre exemplu, cancerul mamar) (IARC, 1997).

Statutul socio-economic (SES) determină, de asemenea, şansele şi posibilităile de tratament. Potrivit rezultatelor analizelor făcute de către Ell şi colaboratorii (2005), dintre pacientele cu statut socio-economic modest, care suferă de tumori mamare sau ginecologice şi depresie majoră asociată, doar 12% beneficiază de tratamente antidepresive, în timp ce, în cazul femeilor cu statut mai bun, acest procent atinge 80%. În acelaşi timp, lipsa ajutorului şi intervenţiei psiho-oncologice se constată mai ales la pacienţii cu statut socio-economic modest, tineri, de sex feminin, necăsătoriţi şi afectaţi de situaţii comorbide (Barg şi colab., 2007). Acest lucru se întâmplă în ciuda concluziilor unui studiu publicat nu demult, conform căruia intervenţia psihosocială suportivă dă rezultate foarte bune în special la pacientele cu statut socio-economic modest, aparţinând unor minorităţi etnice şi care manifestă, înainte de intervenţie, o stare marcată de stres emoţional (Taylor şi colab., 2003).

1.2.7. Etnia

Într-un studiu anterior am analizat ocurenţa sindromului depresiv, din perspectiva naţionalităţii, la 689 femei cu cancer. Rezultatele noastre, ajustate la vîrstă, arată că cel mai ridicat nivel al depresiei se constată la pacienţii cu cancer provenind din rândurile maghiarilor din România (punctajul mediu BDI: 20,12), în comparaţie cu alte categorii de pacienţi cu diagnostice similare - români din România (16,28) sau maghiarii din Ungaria (12,41) (Dégi, Kállay şi Vincze, 2007).

În concluzie, trebuie subliniat faptul că efectul factorilor demografici şi socio-economi asupra bolilor tumorale sau asupra calităţii vieţii nu este univoc. Unele studii comparative, care iau în dezbatere rolul vîrstei sau al sexului (n=583), arată că pacienţii în vîrstă sau de sex feminin au un punctaj mai scăzut pe scara funcţionalităţii fizice sau a calităţii vieţii, în comparaţie cu pacienţii mai tineri sau de sex masculin (Costa-Requena şi Gil, 2009). În acelaşi timp, femeile cu cancer şi pacienţii de vîrstă medie au niveluri semnificativ mai ridicate de anxietate faţă de bărbaţi sau faţă de pacienţii mai tineri de 30 ani sau mai în vîrstă de 70 ani (Aass, Fossa, Dahl şi Moe, 1997). Aass şi colaboratorii (1997) nu au constatat, în cercetările lor psiho-oncologice (n=716), o corelaţie semnificativă între vîrstă, sex şi incidenţa depresiei. Rezultate contradictorii sunt raportate şi de către alţi cercetători. Lloyd-Williams, Shiels, Taylor şi Dennis (2009), care au inclus în cercetarea lor 132

paciенti cu prognostic rezervat, nu au găsit diferențe semnificative între pacienții oncologici cu sau fără depresie, în funcție de vârstă, sex, statut marital, timpul scurs de la stabilirea diagnosticului, respectiv localizarea tumorii. Nu au fost evidențiate nici corelații semnificative între vârstă, sex și educație, respectiv punctajul atins de către pacienții oncologici pe scara intruzivității maladiei (Schimmer și colab., 2001), așa cum nici în cazul epuizării/ stării anemice nu au fost raportate diferențe semnificative din punct de vedere statistic în privința sexului și a vîrstei (Cella, Lai, Chang, Peterman și Slavin, 2002a). Nici cercetările recente nu au reușit să tranșeze problema rolului factorilor demografici în evoluția bolilor tumorale. De exemplu, Akin și colaboratorii (2008) au conchis că se poate vorbi de o corelație semnificativă între autoeficacitate și educație, dar nu același lucru este valabil și pentru vârstă, situația familială, stadiul bolii și nivelul de activitate fizică.

Nici corelațiile dintre calitatea vieții, respectiv factorii demografici și socio-economi nu sunt lipsite de incertitudini. În cazul pacienților cu cancer de colon, slăbirea calității vieții se poate asocia cu vârsta mai mică de 65 ani (Wilson, Alexander și Kind, 2006), cu statutul socio-economic mai modest (Ramsey, Berry, Moinpour, Giedzinska și Andersen, 2002) și cu lipsa unei relații parteneriale stabile. Pe de altă parte, în cazul unui grup de 253 pacienți spitalizați, tratați cu cancer cu localizare și stadii diferite, s-a evidențiat o corelație semnificativă statistic între funcționalitatea fizică, vârsta și statutul economic al pacienților, respectiv valorile înregistrate de către aceștia pe scara deznădejdi (Ringdal, 1995). În schimb, cercetările lui Kurtz, Kurtz, Stommel, Given și Given (1997, 2000), asupra unui grup de 590 pacienți de 65 ani și peste, suferinți de cancer mamar, pulmonar, de prostată sau de colon, nu au reușit să demonstreze că vârsta ar contribui la diminuarea funcționalității fizice.

Putem, prin urmare, conchide că la pacienții cu cancer vârsta, sexul, statutul marital, educația și statutul economic și financiar nu corelează în mod consecvent și inechivoc cu disfuncțiile emoționale/anxietatea, probabil datorită faptului că rolul acestor factori de fundal este infim, nerelevant în comparație cu stresul major provocat de boala tumorala (Noyes, Holt și Massie, 1998). Jordhoy și colaboratorii (2001) confirmă și ei acest lucru. În opinia lor, efectul factorilor demografici (sex, vârstă, domiciliu) asupra calității vieții este nesemnificativ la pacienții cu cancer, spre deosebire de datele constatate la nivelul populației generale. Cercetările lor privitoare la pacienții cu boli

oncologice arată că, din perspectiva calității vieții, factorii psihosociali și medicali joacă un rol mult mai important decât factorii demografici.

1.3. Rolul factorilor de risc tradiționali în evoluția bolilor oncologice

1.3.1. Fumatul

Fumatul, ca o formă nonadaptativă de coping, are calitatea de a genera noi și noi situații de stres (cum ar fi diversele boli adiacente, dependența), și afectează confortul psihic și reprezentările legate de sensul vieții (Csoboth, 2006; Konkoly-Thege, Bachner, Kushnir și Kopp, 2009). O analiză pertinentă a potențialului de risc al fumatului trebuie să evidențieze capacitatea adictivă a nicotinei din produsele cu tutun, consumul constant de nicotină producând manifestări de dependență fizică și psihică, diminuând astfel capacitatea de a se lăsa de fumat și crescând riscul oncologic (U.S. DHS, 1988).

Shopland, Eyre și Pechacek (1991) au realizat o evaluare a rezultatelor cercetării prospective American Cancer Society Cancer Prevention Study II, o cercetare condusă din 1982 de Societatea Americană de Cancer, care a analizat comportamentul de sănătate a 1,2 milioane de persoane (685.748 femei și 521.555 bărbați), din punctul de vedere al interrelaționărilor dintre fumat și riscul cancerigen. Rezultatele arată că riscul oncologic la nivel pulmonar este de două ori mai ridicat în cazul bărbaților fumători, comparativ cu cei nefumători. În cazul femeilor, acest risc este de 1,2 ori mai ridicat la persoanele fumătoare. Riscul mortalității este mai ridicat la persoanele fumătoare față de cele nefumătoare, indiferent de tipul de neoplasm. În același timp, la bolile oncologice direct legate de fumat (de exemplu, cancerul pulmonar, laringian, esofagian, bucal, vezical, renal, pancreatic sau de colon) cantitatea de tutun, momentul începerii și longevitatea consumului influențează în mod hotărător riscul de îmbolnăvire oncologică. Potrivit rezultatelor cercetării naționale Hungarostudy 2002, valoarea șansei relative (OR) a fumatului ca factor de risc, legat de stilul de viață, este de 1,57 (Dégi, 2008).

Se estimează că 75–85% a incidenței și mortalității cancerului pulmonar și aproape 1/3 a mortalității oncologice generale ar putea fi prevenită prin renunțarea la fumat (Lapis, 2001). Scăderea riscului oncologic se manifestă indiferent de sexul pacientului, de calitatea produsului cu tutun consumat și de tipul de afectare pulmonară (U.S. DHS, 1990).

Cu toate acestea, nu dispunem de cercetări comparative bine fundamentate științific, care să clarifice dacă, după momentul diagnosticării și începerii tratamentului, renunțarea sau nerenuțarea la fumat produce o mai mare afectare a confortului psihic, după cum nu este clarificată nici problematica legată de rolul schemei de tratament oncologic, efectele somatice și psihice ale renunțării la fumat în cazul pacienților cu cancer pulmonar în stadiu avansat. Reîntoarcerea la obiceiul fumatului, reluarea vechilor comportamente vicioase îi caracterizează mai ales pe pacienții care suferă de depresie din cauza îmbolnăvirii oncologice (Szondy, 2006).

1.3.2. Consumul de alcool

Rezultatele cercetărilor efectuate de către Blot și colaboratorii (1988) sugerează faptul că riscul ocurenței cancerului la nivelul cavității bucale, al esofagului sau al faringelui este de nouă ori mai ridicat la persoanele care consumă, în medie, patru sau mai multe pahare de alcool. Riscul apariției unei tumori la nivelul capului sau al gâtului este de 34 de ori mai ridicat la persoanele care consumă mai mult de 1,5 litri de vin pe zi, în comparație cu persoanele abstinente (Andre, Schraub, Mercier și Bontemps, 1999). Printre persoanele consumatoare de alcool și printre alcoolici, riscul mortalității în cazurile de neoplasm hepatic este cu 50% mai mare (IARC, 1988). O cercetare efectuată asupra a 600.000 de femei, care viza studierea ocurenței cancerului mamar (Garfinkel, Boffetta și Stellman, 1988; Colditz, 1990), arată că un pahar de alcool pe zi sporește riscul tumoral cu 20–30%, iar la subiecții care consumă în mod regulat substanțe pe bază de etanol, riscul atinge chiar 60–70%. Datele noastre anterioare sugerează și ele o prezență pregnantă a consumului de alcool printre factorii de risc tumorali, dar există diferențe, din acest punct de vedere, între bărbați și femei. În cazul femeilor, consumul nelimitat de alcool induce o creștere a riscului de cinci ori față de subiecții masculini (OR=24,44 vs. OR=5,83) (Dégi, 2008). La persoanele care consumă în mod constant alcool și tutun, riscul oncologic este de 36 de ori mai mare față de persoanele abstinente, ceea ce demonstrează efectul cancerigen sporit al combinației alcool-tutun. Experiențele clinice arată că abuzul de alcool/ nicotină și/sau medicamente, care survine sau se agravează în timpul manifestării bolii oncologice, maschează, de fapt, un sindrom nefratat al sabiei lui Damocle (Riskó, 1999; Veres, 2006).

1.3.3. Activitatea fizică

Unele studii sintetice demonstrează că activitatea fizică regulată previne, respectiv reduce riscul apariției cancerului mamar (cu 18%), ano-rectal (cu 20–50%) și probabil a cancerului pulmonar, renal sau de prostată. Efectul preventiv al mișcării și al activității fizice se explică, pe de o parte, prin creșterea nivelului de dehydroepiandrosteron (DHEA), deoarece DHEA influențează mecanismul celular de producere a radicalilor liberi, prin stoparea activității glucoz-6-fosfat-dehidrogenazei, pe de altă parte prin relația dintre nivelul scăzut al DHEA și transformările de tip tumoral al celulelor (Gémes, 2006). În cazul bolnavilor cu cancer, activitatea fizică nu are doar un efect protector, de prevenire, ci și unul terapeutic. Spre exemplu, la bolnavii cu cancer mamar, aflați sub radioterapie, efortul fizic moderat, plimbarea a contribuit la îmbunătățirea stării fizice și psihice, reducând anxietatea, rezolvând problemele legate de tulburările de somn și diminuând intensitatea și frecvența simptomelor post-radioterapie (Cooper, 1992).

Courneya și Friedenreich (1999) au publicat, în tematica relației dintre activitatea fizică și calitatea vieții la bolnavii cu cancer, un studiu sintetic care se baza pe rezultatele a 24 de analize, publicate între 1980 și 1997, în limbile engleză și germană. Ei au conchis că 89% dintre studii vorbeau despre efectele benefice ale activității fizice asupra stării fizice, emotionale și funcționale ca despre un fenomen semnificativ din punct de vedere statistic. Din perspectiva funcționalității fizice, mișcarea și viața activă asociată tratamentului oncologic crește performanța musculară și elasticitatea (Buettner, 1980), îmbunătășește mecanismele hematologice (Dimeo, Fetscher, Lange, Mertelmann și Keul, 1997a) respectiv cele ale celulelor NK (Peters, 1992), diminuând sau estompând simptome precum grețurile, vărsăturile (Winningham és MacVicar, 1988), epuizarea (Dimeo, Tilmann, Lothar, Roland și Keul, 1997b) și durerile sau diareea (Dimeo și colab., 1997a,b). Avantajele menținerii unui stil de viață care nu exclude activitatea fizică țin de diminuarea fenomenelor de anxietate și depresie (Mock și colab., 1997), îmbunătățirea capacității de control, a autoevaluării (Baldwin și Courtney, 1997), a nivelului de satisfacție și mulțumire și a calității vieții (Courneya și Friedenreich, 1997a). Datele furnizate de Lynch, Cerin, Owen și Aitken (2007) arată că pacienții oncologici activi au obținut, pe scara calității vieții, punctaje cu 17% mai mari decât pacienții inactivi. Cea mai slabă calitate a

vieții a fost raportată de către pacienții la care boala a recidivat și care și-au întrerupt stilul de viață activ, respectiv de către cei care au renunțat la activitatea fizică regulată în perioada ulterioară diagnosticării (Courneya și Friedenreich, 1997b).

Activitatea fizică cunoaște o etapă de scădere în perioada diagnosticării și înaintea începerii tratamentului și o altă etapă, de creștere, pe durata și după tratamentele oncologice. Motivarea bolnavilor cu cancer și orientarea lor spre activități fizice moderate, dar regulate se dovedește extrem de dificilă, datorită unui set de motive, printre care amintim lipsa informării, efortul fizic și impresia de slăbiciune fizică. Este firesc că și tratamentele oncologice au o oarecare contribuție la inactivizarea pacientului, deoarece dispneea, anemia, sindromul paraneoplazic, durerea și efectul medulodepresiv al chemoterapiei joacă un rol important în deteriorarea stării fizice și în scăderea capacitatei de a depune efort (Kahán și Kovács, 2006). Cu toate acestea, activitatea fizică și stilul de viață activ, susținut în ciuda tratamentelor oncologice, au un efect de îmbunătățire a stării generale și a calității vieții, atât în faza de debut a bolii, cât și în stadiile mai avansate (Courneya și Friedenreich, 1997a,b).

Chiar dacă activitatea fizică exercitată asupra bolnavilor cu cancer o influență pozitivă atât din punct de vedere fiziologic cât și psihic, literatura de specialitate psihono-oncologică susține ideea că beneficiile efortului fizic asupra calității vieții pacienților ar putea fi clar demonstate doar dacă eficiența activismului ar fi comparată cu eficiența altor strategii de intervenție psihosocială, care au ca finalitate îmbunătățirea calității vieții (spre exemplu, terapiile cognitiv-comportamentale, suportul socio-partenerial) (Courneya și Friedenreich, 1999). Trebuie spus că nu s-a demonstrat până acum efectul protector, antitumoral, al practicării sporturilor (Gémes, 2006).

În concluzie, trebuie menționat că 35% din cazurile de cancer au o etiologie strâns legată de fumat și consumul de alcool, iar 30–60% înregistrează, în antecedente, un stil de viață nesănătos (Lapis, 2001). Diagnosticul oncologic are un efect pozitiv asupra obiceiurilor legate de fumat și alimentație, dar influențează în mod negativ activitatea fizică. Acest fenomen se explică prin faptul că 46% dintre pacienții adulți renunță la fumat, 47% dintre ei adoptă o alimentație mai sănătoasă, însă 30,1% fac mai puțină mișcare (Blanchard și colab., 2003). Cu toate acestea, stresul psihosocial, disconfortul afectiv-emoțional, tratamentele prelungite și efectele secundare condiționate pot

determină o refugiere a pacientului în compensarea prin tutun sau prin alcool, ceea ce corespunde, prin caracterul autodestructiv, unui act suicidal lent. Comportamentul de sănătate hazardat poate accentua efectele distresului oncologic, ceea ce sporește, implicit, vulnerabilitatea psihosocială a pacientului. Acest lucru poate induce un întreg șir de comportamente nesănătoase, cum ar fi reducerea activităților fizice și inactivismul (Andersen, Kiecolt-Glaser și Glaser, 1994).

1.4. Rolul factorilor medicali și oncospecifici și implicațiile psihosociale ale bolilor tumorale

1.4.1. Tipul tumorii

Spre deosebire de tumorile maligne, formațiunile tumorale benigne nu pun în pericol viața persoanelor afectate (Lapis, 2001).

Greer și Morris (1975) au demonstrat, cu ceva timp în urmă că pacienții cu tumorii maligne prezintă mai frecvent forme abnormale de expresie afectivă și manifestări extreme de expresie sau refuzare a sentimentelor. Cei doi au realizat o cercetare comparativă a 69 de femei cu tumorii maligne, respectiv a 91 de femei cu tumorii mamare benigne.

Cercetările noastre recente, realizate prin analiza comparativă a 30 de cazuri de cancer mamă, respectiv a 30 de femei cu tumorii benigne, internate la secția de chirurgie a Spitalului Județean din Miercurea Ciuc arată că grupul de femei cu tumorii maligne prezintă valori crescute ale anxietății și stresului, în comparație cu femeile cu tumorii benigne și cu grupul de control. În același timp, pacientele cu diagnostic oncologic erau semnificativ mai pesimiste, solicitau mult mai puține informații și acuzau insuficiența suportului familial (Balog și Dégi, 2005).

Alte cercetări vorbesc de absență sau, cel mult, prezență parțială a unor diferențe majore între pacienții cu tumorii maligne, respectiv benigne. Cercetările prospective ale lui Morris și colaboratorii (1977) au comparat 160 de femei cu tumorii mamare benigne și maligne, și au conchis că, din punctul de vedere al adaptării și funcționării sociale, nu există diferențe semnificative, dar pacientele cu tumorii maligne se declară nemulțumite de informațiile legate de intervenția chirurgicală și diagnostic. Thomas, Maden și Jehu (1987) susțin că, din perspectiva nivelului de anxietate, nu există diferențe

importante între pacienții cu tumori maligne și benigne. Cercetarea lor, realizată pe un grup de 68 de subiecți, a vizat studierea stării psihice a pacienților după colectomie.

1.4.2. Stadiul tumorii

În România, aproape două treimi din cazurile de cancer sunt diagnosticate într-o fază avansată a bolii, cu toate că, din 1980, există un program național de prevenire a îmbolnăvirilor oncologice, obiectivul căruia fiind tocmai prevenirea, diagnosticarea precoce și tratarea din timp a cancerului (Mosoiu, 2002).

În majoritatea cazurilor, un diagnostic stabilit din timp se asociază cu șanse de vindecare mai mari, chiar și tratamentele oncologice fiind mai puțin solicitante decât în stadiile mai avansate ale bolii (Tiringer, 2007a). Levy și colaboratorii (1990) vorbesc chiar despre un nivel mai ridicat de activitate a celulelor NK în stadiile I și II ale cancerului mamar.

Cella și colaboratorii (1987) au studiat un grup de 455 de pacienți cu cancer pulmonar și au stabilit că stadiul avansat al bolii are o valoare predictivă semnificativă din perspectiva instalării distresului în urma diagnosticării, o valoare care nu depășește însă 10–15%. Un rezultat aparte al acestui demers analitic poate fi considerat faptul că stadiul avansat al bolii, ca factor prognostic important, semnalează în special aspectele fizice ale distresului post-diagnosticare (epuizarea, lipsa vitalității) și mai puțin aspectele psihologice (nervozitatea, depresia, stările tensionate sau confuze).

În comparație cu pacienții diagnosticați în stadiile de debut ale bolii, cei care sunt identificați în etapele mai avansate ale procesului tumoral raporteaază nivele mai ridicate ale depresiei, atât în momentul diagnosticării, cât și în momentele ulterioare ale tratamentului (Pettingale, Burgess și Greer, 1988). În privința anxietății, nu au fost identificate diferențe semnificative între cele două grupuri de pacienți (Nordin, Berglund, Glimelius și Sjödén, 2001). Cu toate că majoritatea studiilor demonstrează creșterea semnificativă a nivelului de anxietate paralel cu progresul procesului oncologic (Noyes și colab., 1998), această covarianță nu poate fi demonstrată fără echivoc, în măsura în care analiza statistică urmărește ajustarea la descreșterea funcționalității fizice (Aass, Fossa, Dahl și Moe, 1997; Schag și Heinrich, 1989). Astfel, se poate constata că evoluția procesului oncologic, respectiv metastaza, crește semni-

ficativ riscul apariției sindromului depresiv, dar nu crește nivelul de anxietate (Aass și colab., 1997).

In cazul bolnavilor cu cancer în stadiu avansat s-a demonstrat că ritmul circadian și secreția de cortizol se modifică substanțial (Porter și colab., 2003; Touitou, Bogdan, Lévi, Benavides și Auzéby, 1996). Astfel, la 70% dintre femeile cu cancer mamar ritmul circadian se estompează constant, devenind accelerat sau sacadat, dar oricum impredictibil (Mormont și Lévi, 1997). În cazul lor, în funcție de gravitatea bolii, crește nivelul de cortizol și se estompează ritmul cortizolic diurn (Abercrombie și colab., 2004). Acest ritm cortizolic diurn estompat se află, la bolnavii cu cancer mamar, în stadiu avansat, în corelație semnificativă statistic cu descreșterea șanselor de supraviețuire (Sephton, Sapolsky, Kraemer și Spiegel, 2000). Mai mult chiar, la bolnavii cu tumori în stadii evolute, suferinzi de depresie, s-a observat prezența a mai puține celule NK, fenomen care poate fi asociat cu progresia rapidă a celulelor cancerioase, precum și cu nivelul crescut al cortizolului (Lechin și colab., 1990). Acea instabilitate a mecanismului circadian are cauze deocamdată necunoscute, unele cercetări mai vechi asociind însă ritmul cortizolic anormal cu stresul psihologic și fizic care acompaniază, de obicei, boala tumorala (Mormont și Lévi, 1997). S-a demonstrat fără echivoc faptul că, în oncologie, schimbarea ritmului cortizolic este un factor prognostic al metastazei și al insuficienței producerii celulelor NK și este, în același timp, un indicator fiziologic al stresului psihosocial asociat bolii, deoarece se corelează cu văduvia sau statutul de divorțat (Mormont și Lévi, 1997), respectiv cu calitatea suportului partenerial.

În cercetarea prospectivă (n=90) a lui Montazeri, Milroy, Hole, McEwen și Gillis (2001), analiza multifactorială a demonstrat că șansele de supraviețuire sunt determinate, alături de vârstă (HR=1,1; 95% CI 1-1,1; p<0,04) și calitatea vieții (HR=3,2; 95% CI 1,5-6,9; p<0,02) și de stadiul bolii (HR=3,0; 95% CI 1,4-6,5; p<0,03). Trebuie menționat faptul că progresia bolii din momentul diagnosticării, respectiv starea și dispersia tumorii (localizată sau aflată în metastază) se corelează cel mai puternic cu diferențele de șanse de supraviețuire legate de situația socială a pacientului, lucru care reiese cu claritate în cazurile de tumori gastrice, duodenale sau ginecologice (IARC, 1997). O dată cu progresia tumorii de la stadiile primare spre cele avansate, șansele de supraviețuire descresc cu aproape 50% la fiecare nivel (Sobin și Fleming, 1997).

Intr-o cercetare pe un grup de pacienți cu cancer mamar (n=141), s-a constatat o corelație negativă între stadiile I-II-III ale bolii oncologice, respectiv starea de bine socială/familială și funcțională, dar această corelație nu poate fi demonstrată și pentru stadiul IV, terminal al bolii. În același timp, Akin și colaboratorii (2008) au măsurat cea mai slabă calitate a vieții la pacienții aflați în stadiul III al bolii, comparativ cu toate celelalte stadii. Cu toate acestea, calitatea vieții și starea de bine fizică și funcțională descrește semnificativ în funcție de stadiu (I-IV). Rezultatele cercetării lui Cella și colaboratorii (1993) sugerează că nu există diferențe semnificative din punct de vedere statistic între starea de bine socială și afectiv-emoțională din stadiile primare și cele avansate, în ciuda tendinței negative, de descreștere. Cercetătorii explică acest lucru prin faptul că, o dată cu avansarea bolii, eficacitatea luptei cu boala și calitatea suportului familial și social cresc.

Din aceeași perspectivă a stadiului bolii, Grassi și colaboratorii (1996, 1997) nu au găsit diferențe semnificative între pacienții cu și cei fără depresie ($F=2,08$; $p=0,12$), cu toate că pacienții cu prognostic rezervat atingeau punctaje mai mari pe scara de depresie (HDRS-14,06 vs. 8,6; $p=0,07$). De aceea, această echipă de cercetători nu a dovedit existența unui efect prognostic al stadiului și evoluției tumorii asupra depresiei, ceea ce se explică, potrivit altor autori, prin faptul că la bolnavii cu cancer starea fizică, somatică nu are o importanță atât de mare precum aprecierea și evaluarea subiectivă asupra funcționalității și restricțiilor fizice (Härter și colab., 2001). În același registru, concluziile metaanalizei lui Harrison și Maguire (1994) sugerează că, în bolile oncologice, factorii legați de bolnav joacă un rol mai important decât cei legați de boală.

Trebuie subliniat faptul că în practica medicală se poate întâmpla ca pacienții cu prognostic favorabil să prezinte o gamă largă de simptome și disfuncții psihosociale, în vreme ce alții pacienți, în stadii avansate, metastatice ale bolii să mobilizeze, în lupta cu maladia, rezerve psihosociale importante, în ciuda prognosticului nefavorabil.

1.4.3. Localizarea tumorii

Cercetări anterioare susțin că frecvența incidenței sindromului depresiv variază în funcție de localizarea tumorii: 50% în cazul cancerului pancreatic (Joffe, Rubinow, Denicoff, Maher și Sindelar, 1986), 22–40% în cazul cancerelor

localizate la nivelul capului și al gâtului (Morton, Davies, Baker, Baker și Stell, 1984), 10–26% în cancerul mamar (Fallowfield, Hall, Maguire și Baum, 1990; Silberfarb, Philibert și Levine, 1980), 13–32% în cancerul de colon, 23–25% în cancerul cu localizare ginecologică (Evans și colab., 1986) și 11% în cancerul gastric și duodenal (Holland și colab., 1986). Riscul mortalității legate de depresie se situează între 7%–113% (7% în cancerul de piele; 39% în cancerul pulmonar; 47% în cancerul gastric și duodenal; 113% celelalte tipuri de cancer), în funcție de localizarea tumorii (Onitilo, Nietert și Egede, 2006). Se presupune că localizarea tumorii poate determina și interrelaționările dintre factorii psihosociali și funcționarea sistemului imunitar. Această relație de determinare și influențare pare mai probabilă în cazul tumorilor hormon- și imunosenzitive (cum ar fi tumorile mamare, de prostată, leucemiile) față de tumorile cu etiologie virală sau chimică (spre exemplu, cancerul de col uterin sau cel pulmonar) (Andersen, Kiecolt-Glaser și Glaser, 1994).

Numeroase cercetări recente nu susțin însă ideea corelației dintre localizarea tumorii și depresie (Lloyd-Williams, Shiels, Taylor și Dennis, 2009) sau coping-ul spiritual (Boscaglia, Clarke, Jobling și Quinn, 2005). Alte studii de psihoo-oncologie subliniază, de asemenea, faptul că pacienții prezintă nivele asemănătoare de distres tumoral, indiferent de localizarea tumorii sau de stadiul bolii, cu excepția cancerului pancreatic (Cella și colab., 1989). În același timp, majoritatea studiilor internaționale arată că frecvența simptomelor și disfuncțiilor de tip anxios este independentă de localizarea tumorii și/sau stadiul bolii (Noyes și colab., 1998).

Cancerul pulmonar

Pe plan mondial, tumorile pulmonare au, alături de cancerul pancreatic, frecvența cea mai mare și prognosticul cel mai nefavorabil. În general, prognosticul cancerului pulmonar este rezervat, deoarece șansa de supraviețuire de cinci ani este de 5%–17%, iar supraviețuirea medie este de 6–15 luni, iar aceste date nu s-au modificat semnificativ nici în ultimii zece ani (Cella, 2004; Tusnády și colab., 2008). Trebuie subliniat faptul că șansele de supraviețuire a bolnavilor cu cancer pulmonar depind, în mare măsură, de tipul tumorii. În ciuda faptului că intervenția chirurgicală crește șansa de supraviețuire, mai puțin de 20% din pacienți sunt operabili, fiindcă doar 20% din cazuri sunt diagnosticate în faza de debut (Lapis, 2001). Experiența clinică arată că acest procent extrem de redus se explică prin faptul că pacienții fumători prezintă,

la apariția primelor simptome (deci în etapa care precede diagnosticul și tratamentul) un nivel al distresului foarte ridicat, provocat de sentimentul de culpă și de remușcare, care determină o amânare a asumării responsabilității, respectiv a examinării fiziologice. Totodată, 42% din grupul de pacienți cu cancer pulmonar care fumează se consideră vinovați de apariția neoplasmului (Szondy, 2006).

Cancerul pulmonar ar putea fi prevenit cel mai ușor, deoarece în 80% dintre cazuri, incidența acestui tip de cancer se asociază cu fumatul. În cazul fumătorilor, riscul apariției bolii este de 14 ori mai mare, dacă în familie au mai existat cazuri de cancer pulmonar (Lapis, 2001). Din cauza etiologiei legate de tabagism, bolile pulmonare și cardio-vasculare comorbide sunt frecvente, ceea ce sporește simptomele de distres fiziologic și psihologic (Davis, Yount, Wagner și Cella, 2004). O cercetare anterioară, care a inclus un număr de 1.539 pacienți cu cancer, arată că 87% din subiecții cu cancer pulmonar acuzau dispnee, 86% au raportat accese de tuse, 81% vorbeau despre durere, 75% de pierderea apetitului alimentar, 46% de pierderea în greutate, 41% de hemoptizie, 33% de epuiere și 24% de simptome de anorexie (Chute și colab., 1985). Toate acestea pot duce la un distres psihic marcant, la anxietate, la depresie, la frica de moarte sau la o accentuată deprecieră a calității vieții celor suferinți de această boală cu o rată a mortalității de 85% (Szondy, 2006).

Potrivit rezultatelor studiului clinic (n=860) efectuat de Stommel și colab. (2004), pacienții cu cancer pulmonar aveau punctaje semnificativ mai ridicate pe scara de depresie, comparativ cu pacienții suferinți de cancer mamar, de colon sau de prostată (+2,75, respectiv +3; $p<0,01$). Pe scara funcționalității fizice (SF-36; Medical Outcomes Study MOS 36-Item Short Form Health Survey), cel mai scăzut punctaj a fost măsurat la bolnavii cu cancer pulmonar (52,6), comparativ cu subiecții cu cancer mamar (69,9), de colon (68,3) sau de prostată (71,3) (Kurtz și colab., 1997, 2000). Deși subiecții cu tumori pulmonare raportau o scădere substanțială a funcționalității fizice, comparativ cu cei afectați de tumori mamare sau de colon, în privința sănătății mentale nu au fost identificate diferențe semnificative între cele trei grupuri (Kurtz, Kurtz, Stommel, Given și Given, 1999).

Cancerul mamar

O femeie din zece dezvoltă, pe parcursul vieții, tumori mamare, 80% dintre cazuri fiind femei trecute de 50 de ani. Tumorile mamare pot apărea și la bărbați, dar la mai puțin de 1% dintre ei (Lapis, 2001). Se estimează că 95% dintre cazurile de cancer mamar depistate la timp pot fi tratate cu succes și vindecate. Șansa de supraviețuire asimptomatică de cinci ani poate atinge 88% (Gloeckler Ries, Reichman, Lewis, Hankey și Edwards, 2003), cu condiția să nu existe metastază la nivel ganglionar. În cazul afectării ganglionare, șansa de supraviețuire de cinci ani este de doar 50% (Lapis, 2001).

Printre factorii de risc binecunoscuți se numără vârsta, menarha precoce, menopauza târzie, nuliparitatea și amânarea primei nașteri, anamneza pozitivă, predispoziția genetică (de exemplu, genele BRCA1 și BRCA2), respectiv tratamentele hormonale (Lapis, 2001). Literatura de specialitate consideră că și alimentația bogată în grăsimi și consumul moderat de alcool cresc riscul îmbolnăvirii. Astfel, consumul a zece grame de alcool poate crește riscul apariției cancerului mamar chiar cu 10% (Hamajima și colab., 2002).

Schema de tratament a cancerului mamar prevede, în primul rând, interventia chirurgicală, care are două forme: mastectomia (îndepărțarea musculaturii din regiunea mamară și a ganglionilor) și lumpectomia (îndepărțarea formațiunii tumorale și a unei cantități de țesut mamar) (Juhos, 2006). Operarea sau pierderea sânilor reprezintă o problemă psihosocială specifică în rândul femeilor cu tumori mamare. O consecință în plan psihic a acestor operații este prăbușirea mecanismelor defensive perfect funcționale anterior, respectiv modificarea imaginii propriului corp, care atrage un sir de reacții depresive, de anxietate, de doliu, din cauza sentimentului pierderii feminității, a maternității, a atraktivității sexuale (Riskó, 1999). Schimbarea, deformarea imaginii despre propriul corp depinde de tipul de intervenție chirurgicală la care s-a apelat. Cercetările au demonstrat că lumpectomia, spre deosebire de mastectomie, diminuează disfuncțiile legate de aprecierea și reprezentarea propriului corp, respectiv crește încrederea în sine, nivelul de satisfacție legată de viața sexuală și îmbunătățește calitatea vieții pacientelor (Juhos, 2006). Trebuie menționat faptul că anterior, Sanger și Reznikoff (1981) nu au găsit astfel de diferențe semnificative în relație cu anxietatea legată de imaginea corpului, cu adaptarea psihologică și nivelul de satisfacție maritală, în funcție de tipul de intervenție chirurgicală.

Cancerul de col uterin

Pe plan mondial cancerul de col uterin se situează pe locul doi în privința frecvenței și incidenței oncologice, 80% dintre cazuri afectând populația din țările în curs de dezvoltare (WHO-IARC, 2008). Tumorile cervicale apar în special la femeile tinere. Tumorile colului uterin care sunt depistate din timp pot fi tratate cu o rată de succes de aproape 100% (Lapis, 2001).

Riscul incidenței acestui tip de cancer crește semnificativ datorită unor factori precum infecțiile virale transmise pe cale sexuală (de exemplu, cele aproximativ 15 tipuri oncogene ale virusului papiloma (HPV), începerea vieții sexuale înaintea vîrstei de 18 ani sau schimbarea frecventă a partenerilor sexuali (Lapis, 2001).

Intervenția chirurgicală face parte din schema de tratament în funcție de rezultatele analizelor colposcopice și citologice, operația vizând îndepărarea mucoasei colului uterin sau a uterului. Femeile supuse acestei intervenții resimt îndepărarea uterului drept o pierdere a identității feminine, ceea ce poate duce la stări deprimante sau anxioase (teama de stigmatizare poate afecta chiar și 90% dintre femei), tulburări sexuale cronice (de exemplu, frecvența actelor sexuale descrește la 40% dintre femeile operate mai tinere de 50 de ani, iar la cele peste această vîrstă viața sexuală încetează total). Printre cauzele schimbării dramatice a funcționării sexuale putem cita uscarea mucoasei vaginale, absența orgasmului datorită lipsei clitorisului sau convingerea femeilor că viața sexuală ar fi jucat un rol oarecare în apariția cancerului de col uterin (Lehoczky, 2006).

Cancerul de colon

Tumorile care afectează intestinul gros sau anusul apar, în egală măsură, la bărbați și la femei, mai ales în țările dezvoltate, unde au fost diagnosticate 65% dintre cazurile recente (WHO-IARC, 2008). Dincolo de trendul ascendent care caracterizează Europa, cele mai grave aspecte ale cancerului de colon țin de diagnosticarea târzie, traumele psihosociale aferente intervențiilor chirurgicale extrem de radicale sau mortalitatea relativ ridicată. Operația de tip curativ care se realizează prin realizarea unei stome este posibilă la 80% dintre pacienții cu cancer de colon sau ano-rectal, dar rata de supraviețuire abia atinge 50% (Bodoky, 2006). Cea mai redusă rată de supraviețuire de cinci ani se înregistrează în Europa centrală și de est (34% vs. 65% în America de Nord) (WHO-IARC, 2008).

Printre factorii de risc în cazul tumorilor de colon și/sau ano-rectal se numără anamneza pozitivă, cazarile de cancer în familie la vârste de sub 40 ani, (în 12%–16% dintre cazuri este vorba de transmiterea bolii pe cale genetică), alimentația bogată în lipide și proteine, dar săracă în fibre, bolile inflamatorii și polipii maligni la nivelul intestinelor (Lapis, 2001).

O condiție fundamentală a tratamentului este asigurarea unei calități a vieții satisfăcătoare, având în vedere mai ales dificultățile care decurg din apariția acelui orificiu artificial tip stomă, care poate determina unele atitudini de stigmatizare din partea mediului.

1.4.4. Oncoterapii

Intervenția chirurgicală

Metoda de tratament oncologic cu eficiență cea mai mare este intervenția chirurgicală, care poate induce atât reacții de anxietate sau îngrijorare legată de durere, alterarea funcțiilor fiziologice sau pierderea integrității corporale, sentimente precum o incontrolabilă frică de moarte sau teama de a fi abandonat, cât și speranță și ușurare, în special pentru pacienții cu tumorile maligne (Riskó, 1999). Intervenția chirurgicală poate dobândi semnificații care transcend aria strict profesională, întrucât i se asociază conotații semantice agresive sau mituri, false convingeri (spre exemplu, credința că tumorile nu pot fi vindecate prin operație sau că intervenția chirurgicală ar facilita răspândirea celulelor cancerioase) (Harsányi, 2006).

Intervențiile chirurgicale sunt adesea radicale, în special cele legate de săni, zona uro-genitală și cea ano-rectală, astfel încât după o astfel de intervenție calitatea vieții se deteriorează semnificativ datorită diminuării funcționalității. Dintre tipurile de tratament aplicate în oncologie, intervenția chirurgicală contribuie cel mai masiv la diminuarea funcționalității fizice (punctaj mediu: 53,1), comparativ cu radioterapia (68,2) sau lipsa tratamentului (69,6) (Kurtz și colab. 1997, 2000). În același timp, pacienții care beneficiază exclusiv de tratament onco-chirurgical, raportează un nivel al funcționalității mai scăzut decât cei care beneficiază, pe lângă intervenția chirurgicală, și de tratamente adjuvante (Kurtz, Kurtz, Stommel, Given și Given, 2001).

Von Gruenigen, Frasure, Jenison, Hopkins și Gil (2006) arată, pe baza analizei prospective efectuate (n=42) că pacientele cu tumorile ginecologice parti-

cipante la studiu vorbesc de o influență negativă substanțială a operației și a chemoterapiei asupra stării de bine fizice și funcționale, fără însă ca ele să influențeze bunăstarea socială sau confortul emoțional. De exemplu, punctajele medii ale stării de bine fizice (19,90 vs. 23,72) sau funcționale (17,38 vs. 19,28) au fost semnificativ mai reduse după operație și în timpul chemoterapiei decât înainte de tratament, în schimb nu se poate spune același lucru despre scalele care măsoară bunăstarea socială (21,0 vs. 22,94) sau confortul emoțional (18,05 vs. 18,56). Datele furnizate de Montazeri și colaboratorii (2008a) sugerează că în timpul tratamentului chirurgical și a chemoterapiei se constată o alterare semnificativă a funcționalității fizice (punctaj mediu: 68,7 vs. 66,8; $p<0,001$), cognitive (79,4 vs. 74,2; $p<0,001$) și sociale (85,0 vs. 82,5; $p<0,001$), dar nivelul de funcționalitate emoțională (59,4 vs. 61,3; $p<0,001$) și calitatea globală a vieții (59,2 vs. 71,3; $p<0,001$) cresc în comparație cu situația și valorile inițiale. Cu toate că starea de bine socială și emoțional-afectivă sunt componente fundamentale ale calității vieții, ele nu au tendință să se modifice brusc sau radical pe parcursul tratamentelor medicale, farmaceutice (Webster, Cella și Yost, 2003).

Chemoterapie

Forma de tratament chimic a pacienților cu cancer poate consta din citostatice (substanțe care împiedică diviziunea celulară), produse pe bază hormonala, substanțe care modifică reacția biologică a organismului sau o combinație între aceste tipuri de medicație. Se consideră că această terapie are cele mai numeroase efecte secundare (Riskó, 1999). Cele mai frecvente efecte secundare ale tratamentului medicamentos, ale chemoterapiei sunt starea de slăbiciune și epuizarea, oboseala psihogenă, grețurile și vărsăturile, lipsa apetitului, scăderea în greutate căderea părului, tulburările de somn, simptomele depresive sau anxioase și alte tulburări (Horti, 2006). Datele lui Schag și Heinrich (1989) arată că, între toxicitatea chemoterapiei și anxietate, există o corelație pozitivă chiar și atunci când datele sunt ajustate la stadiul bolii sau la funcționalitatea pacientului. În schimb, alte analize randomizate, controlate nu au identificat diferențe semnificative din punct de vedere statistic între nivelul de anxietate al pacienților care beneficiază, respectiv al celor care nu beneficiază de chemoterapie (Cassileth și colab., 1986). Mai mult chiar, în cazul pacienților cu cancer pulmonar inoperabil, cel mai înalt nivel de anxietate a fost măsurat atunci când aceștia nu au avut parte nici de chemoterapie,

nici de radioterapie, deoarece aceștia interpretau, probabil, lipsa tratamentului ca o dovadă a faptului că boala lor era incurabilă (Hughes, 1987). Nici Stommel și colaboratorii (2004) sau Miranda, Resende, Melo, Costa și Friedman (2002) nu au găsit corelații semnificative între chemoterapie și depresie. Aceste diferențe se datorează, în mare parte, particularităților și diversității chemoterapiilor, dar și varietății tratamentelor medicamentoase, prescrise cu scopul diminuării efectelor secundare ale chemoterapiei (Stommel și colab., 2004).

Chemo- și radioterapia, utilizate ca tratamente paliative, pot îmbunătăți calitatea vieții pacienților cu tumori în stadii avansate, dar ca tratament adjuvant al tratamentului chirurgical o pot înrăutăți temporar, prin efectele secundare produse (Kahán și Kovács, 2006). Studiul follow-up al lui Chen și colaboratorii (2003) arată că terapia chimică deteriorează semnificativ starea de bine fizică (punctaje medii înainte și după tratament: 21,41 vs. 18,92; $p<0,01$) și funcțională (19,02 vs. 16,78; $p<0,01$), respectiv calitatea vieții (86,82 vs. 83,04; $p<0,05$). În același timp, relația dintre chemoterapie și calitatea vieții evoluează în funcție de reacția organismului la chemoterapie. Pacienții care au reacționat pozitiv la chemoterapie au raportat, la sfârșitul tratamentului, un punctaj al calității vieții cu 10,05 mai mare, comparativ cu cei care nu au răspuns la tratament sau cu cei în stadii avansate, calitatea vieții acestora scăzând cu 8,30 respectiv 13,98 puncte față de valorile inițiale ($p<0,01$). Studiul recent al lui Härtl și colaboratorii (2009) lansează ideea că, pe termen lung, chemoterapia, intervenția chirurgicală și mărimea tumorii nu au o valoare predictivă din punctul de vedere al calității vieții.

Radioterapia

Radioterapia are două forme fundamentale, diferite: radioterapia externă și cea internă, radioterapia cavităților sau a țesuturilor. Acest tip de tratament este aplicat atât în scop curativ, cât și în scop paliativ. Obiectivul aplicării radioterapiei curative este distrugerea tumorii nereperabile clinic, iar scopul radioterapiei paliative este creșterea perioadei asimptomatice, prelungirea vieții și îmbunătățirea calității vieții (Mangel, 2006).

Efectele secundare medico-psihologice ale radioterapiei, aplicate, de obicei, la două treimi din totalul cazurilor de cancer sunt următoarele: probleme dermatologice, modificări ale țesutului conjunctiv, slăbiciunea fizică, depresia și anxietatea. Experiența clinică arată că cele mai frecvente simptome anxioa-

se ale radioterapiei sunt: hiperventilația, tahicardia, grețurile și vărsăturile dinaintea tratamentului, frisoane, transpirația, obsesia evadării (Riskó, 1999).

În fine, trebuie să fac o trimitere la studiul sintetizant al lui Montazeri (2008b), care acoperă rezultatele cercetărilor care s-au publicat în reviste biomédicale de limba engleză în perioada 1974 și 2007, menționând concluzia autorului, potrivit căreia intervenția chirurgicală și chemoterapia influențează în mod negativ calitatea vieții pacienților, indiferent de tipul terapiei. În general, indiferent de tipologia schemei de tratament, oncoterapiile au următoarele efecte generatoare de distres psihosocial: căderea părului, afectarea pilozității, grețuri, vărsături puternice, cachexia-anorexia, scăderea libidoului, infertilitatea, deformarea reprezentării propriului corp, modificarea funcțiunilor somatice (Riskó, 2006a).

1.5. Influența cunoașterii diagnosticului asupra stării psihosociale a pacientului

Potrivit legii în vigoare din 2003 (vezi Monitorul Oficial al României, 2003), în România - ca și în Ungaria, de altfel - informarea, în limba maternă, a pacienților cu boli cancerioase asupra tuturor aspectelor legate de boală (diagnostic, prognostic, tratamente și efecte secundare ale acestora) este obligatorie, cu excepția cazului în care pacientul refuză acest lucru. Cu toate acestea, în România, tactica „*minciunii reconfortante, binevoitoare*”, folosită cu scopul menajării pacientului, este încă intens aplicată în practicile de informare asupra diagnosticului. Potrivit Hospice România (2008), 90% dintre medicii români informează, în primul rând, familia pacientului, adică în cazul unui diagnostic tumoral se aplică principiul informării familiei.

Luarea la cunoștință și acceptarea unui diagnostic oncologic instaurează o situație de criză, din punct de vedere biologic, psihosocial, spiritual, dar și existențial. Această experiență traumatizantă din multiple puncte de vedere este agravată și de neprevăzutul inherent situației, de faptul că 76% din cei implicați sunt puși în situația de a accepta un diagnostic tumoral total pe neașteptate. Cele mai frecvente reacții afectiv-emotională sunt şocul (54%) și teama, frica (49%), reacții care pot fi amplificate de o anamneză cu evenimente de viață negative sau de trăsături de caracter premorbide ale pacientului (Butow și colab., 1996; Riskó, 2006b). Instaurarea situației de soc emoțional echivalează cu un proces de vidare, de golire fizică, emoțională, cognitiv-

motivațională și/sau pierderea controlului; această perioadă va fi cu atât mai prelungită, cu cât șocul apare mai neașteptat (Kübler-Ross, 1988; Pilling, 2003).

Pentru o informare „*destul de bună*” asupra diagnosticului, este necesară o comunicare medic-pacient veritabilă, empatică și deschisă (cel puțin 30 de minute), precum și condiții suficient de bune ca această comunicare să se poată desfășura eficient. Nu este indicat ca medicul să participe la complotul familial menit să păstreze secretul asupra diagnosticului și nu are voie să suscite speranțe deșarte în privința prognosticului (Riskó, 2006b). În același timp, potrivit lui Maynard (2006), este esențial, din perspectiva pacientului cu diagnostic tumoral, ca în momentul informării asupra diagnosticului, participarea medicului să nu se rezume la simple explicații biologice asupra patologiei bolii, ci să fie o prezență liniștită, suportivă.

Mai multe studii dovedesc faptul că informațiile legate de boala canceroasă pot influența în mod pozitiv adaptarea pacientului la situația de boală (Roberts și colab., 1994), pot cataliza o atitudine optimistă și cooperantă (Sardell și Trierweiler, 1993; Roter, 1989), pot contribui la descreșterea morbidității psihologice (Fallowfield și colab., 1986), la calmarea senzației de durere și pot contracara efectul negativ al durerii asupra calității vieții. Corelația dintre eficacitatea tratării durerii și cunoașterea diagnosticului se află într-o relație probabilistică cu reducerea anxietății și a stresului (Lin, 1999). Efectele pozitive ale informării asupra diagnosticului, aşa cum ele sunt prezентate mai sus, pot fi explicate, probabil, mai ales prin evaluarea subiectivă a pacienților, respectiv aspectele comunicaționale ale relației medic-pacient (Varga și Tiringer, 2004). Neinformarea sau secretizarea diagnosticului reflectă nu doar o perspectivă de abordare paternalistă din partea medicului, ci și teama și refuzul comunicării cu un pacient incurabil (Hegedűs și colab., 2002).

Comunicarea „*destul de bună*” dintre medic și pacient devine extrem de importantă în punctul esențial al conținutului acestei comunicări, adică în momentul în care pacientul este pus în fața unui diagnostic tumoral, deoarece acesta trebuie să accepte și să ia la cunoștință nu doar un diagnostic oncologic, ci și prejudecățile, stigmatizarea socială și teama de moarte (Siminoff și colab., 2000) aferente. Argumentările neinformării asupra diagnosticului cuprind efectul traumatizant al aflării diagnosticului, lacunile comunicării

medic-pacient, respectiv atitudinile negative legate de boală (Horikawa și colab., 2000).

Cercetarea făcută de Holland și colaboratorii (1987) arată că, în Europa Centrală și de Sud-Est, mai puțin de 40% dintre medici s-au arătat deschiși să-și informeze pacienții asupra unui diagnostic tumoral, în timp ce acest procent e semnificativ mai mare în Europa de Nord, unde mai mult de 80% dintre medici nu au ezitări în această privință. Unele studii mai recente demonstrează că practica informării asupra diagnosticului nu s-a modificat radical în deceniile trecute (spre exemplu, în Italia), având în vedere faptul că doar 45% dintre medici consideră oportună o comunicare deschisă asupra diagnosticelor oncologice, iar în practica clinică doar 25% dintre aceștia își informează personal pacienții asupra bolii (Grassi, 2000). Cercetarea lui Hegedűs și colaboratorii (2002) arată că, în Ungaria, două treimi dintre medicii chestionați sunt de părere că este dreptul pacientului să decidă dacă dorește să cunoască sau nu un eventual diagnostic de maladie incurabilă. În momentul de față nu avem date similare privind situația din România.

Cercetări recente susțin ideea că o comunicare deschisă despre bolile tumorale este esențială și din perspectiva mortalității oncologice. Cercetările prospective ale lui Soler-Vila, Kasl și Jones (2003) s-au desfășurat în perioada 1987–1997 și au avut ca subiecți 322 de femei cu cancer mamar. Rezultatele lor arată că, după ajustarea la factorii genetici (pl. p53, HER-2), biomedicali, socio-demografici și de stil de viață, riscul mortalității oncologice generale ($HR=1,39$; 95% CI 1,09–1,79) și specifice (cancer mamar; $HR=1,43$; 95% CI 1,07–1,92) a fost crescut doar de imposibilitatea de a vorbi deschis despre boala tumorală în cadrul familiei și a cercului de prieteni. Acest efect a fost mai puternic în cazul pacienților cu cancer mamar aflați într-un stadiu avansat al bolii (stadiul II–IV; $HR=1,53$; 95% CI 1,16–2,01), comparativ cu cei aflați într-un stadiu mai puțin avansat.

Rezumând aceste date, putem afirma că diagnosticul oncologic reprezintă, în continuare, o amenințare fatală și o pierdere dramatică pentru cei implicați, în ciuda faptului că, datorită tehnologiilor medicale avansate, aproape o treime din cazurile de boală tumorală pot fi încadrate în categoria bolilor cronice, adică se află într-un stadiu evolutiv lent. Acest dramatism al diagnosticării poate fi explicat prin faptul că boala tumorală primește cu ușurință conotații emotionale maligne, fiind asociată cu prejudecăți, reprezentări ale păcatului, penitenței și ale morții (Tiringer, 2007a). Cu toate că literatura de

specialitate psiho-oncologică reliefiază efectul traumatizant al diagnosticării cu cancer, există foarte puține studii și cercetări care analizează consecințele neinformării și necunoașterii diagnosticului tumoral.

1.6. Rolul factorilor psihosociali în evoluția bolilor tumorale

1.6.1. Sindromul depresiv

Definiție

Din motive clinice și rațiuni care țin de diagnosticare, este recomandat ca sindromul depresiv să fie abordat ca fiind un fenomen cu desfășurare continuă, care se situează între polul reacțiilor adaptative normale (de exemplu, tristețea, iritabilitatea) și tulburările clinice (depresia), altfel spus sindromul depresiv trebuie, mai degrabă, privit ca având un spectru larg și nu atât ca un sir de categorii separate. Acest tip de abordare inclusivă, care ia în considerare diversele simptome ale depresiei, indiferent de etiologie, previne în mod eficient subaprecierea depresiilor și neglijarea lor în schemele de tratament oncologic (Holland, Breitbart, și Jacobsen, 1998; Raison și Miller, 2003). Cercetarea noastră clinică se înscrie în acest regisztru de abordare.

Simptome, nivele

Simptomele psihice generale ale depresiei sunt următoarele: indispoziție, lipsa speranței, pesimism, inactivitatea, ahedonia, diminuarea libidoului, abulia, agitația sau retardarea psihomotorie, iritabilitatea continuă, incapacitatea decizională sau de concentrare, lipsa încrederei de sine, autoculpabilizarea excesivă, tendința de a plângă, tendințe suicidale, gânduri frecvente despre moarte. Simptomele somatice ale depresiei sunt: modificarea semnificativă a apetitului și/sau a greutății corporale, insomnia sau hipersomnia, epuizarea și enervarea (Horváth și Telekes, 2006a). Studiul lui Reuter și Härter (2004) arată că la pacienții cu diagnostic oncologic predomină simptomele somatice și psihice ale depresiei, și nu atât cele cognitive (de exemplu, tulburările de memorie, concentrare dificilă). În studierea simptomelor depresive la bolnavii cu cancer, trebuie luat în considerare faptul că manifestările somatice, vegetative, cum ar fi lipsa apetitului alimentar sau scăderea în greutate, pot fi datorate nu doar depresiei, ci și bolii, tratamentu-

lui sau vârstei. În cazul persoanelor în vîrstă, tabloul clinic al depresiei este predominant de ordin somatic și nu afectiv.

În opinia lui Horváth și Telekes (2006a), care iau în considerare criteriile de diagnosticare DSM-IVTM, la pacienții care prezintă simptome ale depresiei se poate identifica, teoretic, un episod depresiv, care este reacția normală la o situație de criză sau de distres psihologic precum și o depresie reactivă, care ține mai mult de 7–14 zile și are o simptomatologie mai gravă, asociată adeseori cu manifestări de anxietate. La un alt nivel se situează depresia endogenă, cu simptome și mai grave decât cele ale depresiei reactive. Depresia endogenă este asociată sindromului organic encefalic (de exemplu, delirium sau demență) și/sau efectelor secundare ale tratamentului medicamentos (Horváth și Telekes, 2006a).

Cu toate acestea, în tratamentul pacienților oncologici, diferențierea tristeții normale de depresia clinică se dovedește delicată și dificilă. Așa cum sugerează și cercetarea recentă a lui Keller și colaboratorii (2004), chirurgii participanți la studiu au stabilit diagnostice greșite în 47% dintre cazuri (n=181). De altfel, analiza făcută de către Passik și colaboratorii (1998) arată că evaluarea pacienților și a medicilor concordă în proporție de doar 79% la cazurile de depresie subclinică, ușoară, în 33% la depresiile medii, în 13% la depresiile grave. Rezultatele lor sugerează că medicii curanți subapreciază, în mare măsură, sindromul depresiv al pacienților cu manifestări de depresie clinică. În cercetarea lor au participat 1.109 pacienți cu cancer și 37 medici specialiști de oncologie.

Printre cauzele diagnosticării greșite sau a subaprecierii depresiei se numără: echipa de stigmatizare legată de bolile mentale, lipsa informării despre serviciile psihoncologice, neîncrederea în aceste informații sau accesul dificil, limitat la acestea. Trebuie subliniat faptul că pacienții cu boli tumorale se adaptează relativ rapid la specificitatele sistemului medical, astfel încât, dacă sistemul oncologic se bazează doar pe medicație, atunci pacienții rămân doar în relații tehnice, de necesitate cu medicii curanți sau cu personalul medical, ceea ce îngreunează major explorarea și intervenția psihosocială (Greenberg, 2004). Nu trebuie neglijat nici faptul că nu toți pacienții doresc să fie diagnosticați cu sindrom depresiv. Atitudinea pozitivă și spiritul combativ (fighting spirit), obligatorii față de bolile tumorale sunt fenomene atât de încetătenite culturale că pot induce pacienților sau familiilor lor opinia eronată că sentimentele negative, acceptarea sau asumarea simptomelor de-

pressive afectează starea de sănătate și influențează în mod negativ şansele unui tratament eficace (Fisch, 2004).

Prevalență

Härter și colaboratorii (2001) (n=517) susțin ideea că la pacienții cu boli tumorale, prevalența de viață a tulburărilor mentale este de 56,5%, ocurența anuală, respectiv cea lunară fiind de 40% și 23,5%, ceea ce înseamnă o frecvență cu 25–33% mai mare decât în cadrul populației generale. Riscul apariției unor tulburări afective este aproximativ de șapte ori mai mare (OR=7,5; p<0,02) la femeile cu cancer, comparativ cu bărbații cu boli tumorale. Cercetarea longitudinală a lui Polsky și colaboratorii (2005) ia în vizor riscul ocurenței sindromului depresiv în funcție de diagnosticul medical (boli tumorale, cardio-vasculare, diabet, artrită, boli pulmonare cronice), la un număr de 8.387 persoane adulte (cu vârstă cuprinsă între 51–61 ani), în perioada 1992–2000. Rezultatele lor indică un risc maxim al apariției depresiei în cazul subiecților cu cancer (HR=3,55; 95% CI 2,79–4,52), precum și un procent mare al depresiei clinice în același grup de subiecți (13,1%), în comparație cu celelalte boli. Schroevers și colaboratorii (2000) vorbesc, la rândul lor, de rezultate similare, ei incluzând în studiul lor 475 de persoane cu cancer și 255 de persoane fără cancer, măsurările fiind efectuate în luna 3 și 15 după stabilirea diagnosticului oncologic. Și ei au stabilit că, față de grupul de control, pacienții cu cancer sunt semnificativ mai depresivi (punctajele medii atinse pe Scala de depresie CES-D fiind: 6,24 vs. 5,12; p<0,001 respectiv 5,14 vs. 3,75; p<0,01).

În general, unul din doi pacienți raportează tulburări de ordin psihiatric, de obicei depresie (Breitbart și colab., 2000). La pacienții cu cancer spitalizați, riscul distresului psihiatric este de două ori mai mare decât la pacienții cu cancer tratați în ambulatoriu (Aass și colab., 1997). Derogatis și colaboratorii (1983) au studiat un grup de 215 pacienți spitalizați cu diagnostic oncologic și au conchis că 47% dintre aceștia sufereau de tulburări sau boli psihiatric (aplicând criteriile DSM-III valabile în acea perioadă), 85% din tabloul simptomatic putând fi asociat cu depresia sau cu anxietatea. Doar 13% dintre subiecți sufereau de depresie majoră. În același timp, 90% dintre tulburările sau bolile psihiatric erau interpretate ca reacții firești la boala tumorală sau la tratament, doar 10% din cohorta studiată suferind de tulburări psihiatric premorbide, în antecedent. Spitele de oncologie sunt caracterizate mai ales

prin prisma unei nesiguranțe continue, a manifestărilor emoțional-afective stresante, a unei stări nesfărșite de îngrijorare, a activării friciei de moarte și a mortalității ridicate (Guex, 1994; Riskó, 1999).

Datele sintetice ale cercetărilor internaționale arată că rata tulburărilor depresive în rândul pacienților cu cancer se situează între 1,5% și 60%, inclusivându-se aici și tulburările afective majore, dar și tulburările de adaptare (Bailey și colab., 2005; Massie, 2004; McDaniel, Musselman, Porter, Reed și Nemeroff, 1995). La bolnavii cu boli oncologice, ocurența sindromului depresiv atinge 25% însă, o dată cu evoluția procesului tumoral, prevalența acestuia poate atinge chiar și 75% (Horváth și Telekes, 2006b). Potrivit rezultatelor cercetării reprezentative pe plan național Hungarostudy 2002, ocurența depresiei semnificative din punct de vedere clinic, a depresiei care impune tratament de specialitate (cu peste 19 puncte pe Scala BDI) este de 28,5% la femeile cu cancer, respectiv de 27,4% la bărbații aflați în aceeași situație (Dégi, 2008).

Diferențele majore se explică mai ales prin aspecte metodologice: instrumentul folosit în evaluare (de exemplu, ocurența depresiei la bolnavii cu cancer este mai redusă – 15% vs. 50% –, dacă se aplică metoda interviurilor clinice în locul metodelor tradiționale de diagnosticare prin filtrare), diversitatea punctelor de intersecție, respectiv caracteristicile diferitelor cohorte studiate. Trebuie subliniat, în același timp că printre ceilalți factori determinanți se numără particularitățile sindromului depresiv (de exemplu, faptul că sindromul depresiv al bolnavilor cu cancer are o latură de autoculpabilizare mult mai redusă față de pacienții cu depresie majoră, 4% vs. 56,5%; $p<0,0001$) (Pasquini și colab., 2008), diagnosticile de depresie precedente în anamneză, efectul combinat al tratamentelor și al intervențiilor oncologice. Este important de menționat și faptul că variabilele legate de tumoră (tipul, localizarea, stadiul, prognosticul tumorii) pot avea și ele un rol determinant în variabilitatea și diferențele valorilor de prevalență ale depresiei.

Drept critică metodologică, se poate cita dificultatea determinării cu acuratețe a prevalenței sindromului depresiv și a anxietății la pacienții cu cancer. De exemplu, unele cercetări anterioare au arătat că nivelul de depresie a bolnavilor spitalizați cu diagnostic oncologic este comparabil cu nivelul de depresie a altor persoane suferințe de boli cronice progresive (precum cei infestați cu HIV sau cei cu Parkinson) (Evans și colab., 1999). Mai mult chiar, unele studii formulau concluzii potrivit căror rata ocurenței depresiei majo-

re la bolnavii cu cancer (5,3%) este aproape identică cu cea a depresiei măsurate la populația generală (3%-5%) (Blazer, Kessler, McGonagle și Swartz, 1994).

Factorii prognostici

Printre factorii prognostici ai depresiei și ai simptomelor de anxietate la bolnavii cu cancer amintim: dificultăți de adaptare în perioada imediat următoare stabilirii diagnosticului (Grassi și colab., 1996, 1997), diminuarea funcționalității fizice și sociale, epuizarea, durerea, respectiv tulburările psihologice/psihiatriche precedente bolii (Aass și colab., 1997). Totodată, trebuie spus că riscul depresiei la bolnavii cu cancer este semnificativ amplificat de fumat ($OR=1,49$; $p<0,01$), de vârstă înaintată ($OR=1,29$; $p<0,01$), de simptomele depresive timpurii ($OR=1,21$; $p<0,01$), de tendințele neurotice ($OR=1,10$; $p<0,02$), respectiv de precaritatea stării de sănătate ($OR=0,98$; $p<0,03$) și a stării de bine generale ($OR=0,82$; $p<0,02$) (de Jonge și colab., 2006).

Efecte

Cercetări anterioare ajung la concluzia că bolnavii cu cancer și cu depresie au o funcționalitate fizică (8,61 vs. 9,35; $p<0,01$), emoțională (7,42 vs. 9,25; $p<0,01$), socială (4,10 vs. 5,02; $p<0,01$) și cognitivă (2,80 vs. 4,10; $p<0,0001$) semnificativ mai redusă, decât pacienții cu cancer care nu suferă de depresie. La prima categorie de pacienți, capacitatea de control exterior (locus of control) (4,13 vs. 2,28; $p<0,0001$), numărul evenimentelor de viață negative (1,61 vs. 1,07; $p<0,05$), rata evenimentelor de viață necontrolabile/neplăcute (55,5% vs. 22,07%; $p<0,01$), respectiv prevalența tulburărilor psihiatriche (38,9% vs. 7,8%; $p<0,001$) sunt mai ridicate (Grassi și colab., 1996, 1997). De asemenea, la pacienții cu cancer suferinzi de depresie, dorința acută de moarte este de patru ori mai mare decât la pacienții nedepresivi (47% vs. 12%) (Breitbart și colab., 2000).

Efectul nociv al sindromului depresiv se manifestă în special la nivelul fiziolgiei axei HPA și acest efect se traduce prin următoarele tulburări neuro-endocrine: hiper kortizolemie, hipersecreția hormonului corticotropin, eliberarea interleukinei 1 și 6, indusă de catecolamină (Kopp, 2006a). Depresia și efectele ei neuronale și endocrine influențează într-o măsură mare morbiditatea și mortalitatea, având în vedere faptul că acționează la nivel cerebral,

inducând scăderea volumului hipocampic, degradarea unor neuroni, creșterea țesutului adipos la nivel corporal și a rezistenței la insulină. Depresia mai intervine în evoluția unor procese inflamatorii sau de coagulare sangvină, intervine în mecanismele de producere a celulelor osoase sau în scăderea imunității (numărul celulelor NK). În același timp se produce și un fenomen de resorbție osoasă și de creștere a puterii de adeziune a plăcuțelor sanguine (Grassi și Uchitomi, 2009).

Tratament

Terapia bolnavilor tumorali suferinți de depresie este afectată de așa-numitul „*nihilism terapeutic*” (Pasquini și Biondi, 2007) și de lipsa de informare a specialiștilor (Passik și colab., 1998). „*Nihilismul terapeutic*” pornește de la premisa greșită că, la bolnavii cancerosi, depresia este normală, inevitabilă și retratabilă (Pasquini și Biondi, 2007). La o analiză făcută asupra unui eșantion reprezentativ al populației maghiare, am constatat că 33,9% dintre bărbații și 29,5% dintre femeile cu cancer și cu depresie nu au beneficiat de tratament antidepresiv (Dégi, 2008).

Tulburările depresive netratate sau târziu și ineficient tratate pot avea consecințe deosebit de grave asupra vieții bolnavilor cu tumorii. Ca urmare a neaplicării la timp a unui tratament corespunzător, calitatea vieții suferă o depreciere considerabilă (Parker, Baile, Moor și Cohen, 2003), intensitatea durerii crește (Spiegel, Sands și Koopman, 1994), timpul de supraviețuire prognosat se scurtează (Watson, Haviland, Greer, Davidson și Bliss, 1999), riscul suicidal sporește (Hem, Loge, Haldorsen și Ekeberg, 2004), bolnavii încep să devină o povară în familie (Pitceathly și Maguire, 2003), încep să renunțe la tratament (DiMatteo, Lepper și Croghan, 2000), chemoterapia pierde din eficacitate (Walker și colab., 1999), timpul de spitalizare crește (Prieto și colab., 2002), ceea ce atrage după sine creșterea cheltuielilor de spitalizare și îngreunarea reabilitării psihosociale.

1.6.2. Anxietatea

În centrul manifestărilor anxioase de etiologie oncologică stau echipa de moarte, imaginea corpului mutilat, schimbările survenite în mecanismele fiziologice, fobiile cauzate de durere și sentimentele de deznaștere, pesimismul (Veres, 2006). La bolnavii cu boli tumorale, sindromul anxios și depresiv

este asociat cu memorii autobiografice intruzive. În cadrul unei populații oncologice eterogene, 76% dintre gândurile intruzive se referă la situații legate de boală, de experiențele leziunii sau ale pierderii, iar 44% se referă la îmbolnăvirea oncologică (Whitaker, Brewin și Watson, 2008).

În cadrul populației generale, precum și la bolnavii oncologici, prevalența sindromului anxios și depresiv combinat este mai mare decât ocurența tulburărilor anxiioase autonome (Wise și Rieck, 1993). Potrivit unor cercetări epidemiologice psihiatriche, ocurența sindromului anxios și depresiv în variantă combinată este de 50% (Rihmer și colab., 2001). Horváth și Telekes (2006a) consideră că, potrivit criteriilor de diagnostic DSM-IV™ și în cadrul anxietății se poate disocia o *etapă anxiuoasă* – o tulburare de adaptare cu simptome de anxietate, adică cu reacții firești la stresul de intensitate mare și criza asociată bolilor tumorale, o *anxietate reactivă*, care are o durată mai mare de două săptămâni și prezintă o simptomatologie mai serioasă decât anxietatea de adaptare, respectiv un *sindrom de anxietate organică* și *bolile anxiuoase*. Sindromul de anxietate organică acompaniază, de obicei, simptomele fizice ale bolilor oncologice, dar poate fi provocat și de administrarea unor medicamente (cum ar fi corticosteroizi, bronhodilatatoare sau barbiturice), de efectele lor adverse și/sau de stările de sevraj (Horváth și Telekes, 2006a). O manifestare caracteristică, dar greu diagnosticabilă a anxietății de etiologie oncologică, este sindromul sabiei lui Damocle, care se traduce printr-o constantă teamă a bolnavilor de agravarea sau recidiva bolii canceroase, chiar și atunci când aceste temeri nu au o bază medicală reală (Tiringer, 2007a).

Simptomele cognitive (teama de moarte și/sau de alienare mintală), cardiovasculare (palpitații, tahicardie, hipertensiune sistolică), respiratorii (hiperventilație, dificultăți de respirație), neurologice (amețeli, tremor, slăbiciune musculară), gastrointestinale (tulburări de digestie, anorexie) sau generale ale anxietății (epuizarea, insomnă, iritabilitatea, teama) se manifestă simultan cu simptomele durerii, în consecință anxietatea rămâne, de multe ori, nedescoperită și nefratață (Horváth și Telekes, 2006a).

Prevalența generală și semestrială a tulburărilor psihiatriche este mai ridicată la bolnavii cronici, comparativ cu persoanele sănătoase (42,2% vs. 33,0%; 24,7% vs. 17,5%) (Wells, Golding și Burnam, 1988). Wells și colaboratorii (1988) au demonstrat că frecvența ocurenței anxietății este de două ori mai mare la bolnavii cronici, comparativ cu populația generală (12% vs. 6%). Prevalența tulburărilor anxiuoase este de 6%–28% la pacienții cu boli tumorale

și, conform celor mai multe studii internaționale, acest procent este același, indiferent de localizarea și/sau stadiul tumorii (Noyes și colab., 1998; Stark și House, 2000). Trebuie, de asemenea, menționat faptul că, la 20–30% dintre pacienții oncologici, nivelul depresiei și anxietății rămâne la fel de ridicat și după momentul diagnosticării (Nordin, Berglund, Glimelius și Sjödén, 2001). Analiza amănunțită a datelor subliniază diferențele remarcabile dintre rezultatele obținute și publicate de diversi cercetători. Cauzele acestor diferențe sunt legate de faptul că nu există nici în prezent și, probabil, nici în viitor, un sistem și un mecanism unic de măsurare a sindromului anxios, a calității și gravitației simptomelor, interpretarea cărora prezentând aceleași diferențe semnificative (Horváth și Telekes, 2006b). În sfârșit, trebuie spus că rezultate la fel de discutabile și contestabile au fost publicate anterior și de către Koenig, Levin și Brennan (1967). Aceștia au conchis, după aplicarea metodei MMPI că pacienții cu cancer sunt mai puțin anxioși decât pacienții spitalizați pentru depresie sau pacienții tratați împotriva tuberculozei.

1.6.3. Deznădejdea, pesimismul

Deznădejdea, pesimismul și lipsa sau pierderea speranței sunt factori care trebuie, cu necesitate, luați în calcul atunci când vorbim de pacienții cu boli tumorale, deoarece aceste stări „acompaniază, ca o coloană sonoră, filmul bolii tumorale.” (Veres, 2006, 219). Mecanismul psihologic și neurologic cel mai important al apariției și dezvoltării stării de deznădejde este evaluarea situației. Boala oncologică induce, de obicei, o situație de viață cu conotații negative, astfel încât majoritatea persoanelor implicate are tendința să o califice, cel puțin tranzitoriu, drept o situație incontrolabilă, fără ieșire. Dacă sentimentul pierderii controlului și neputința persistă, mecanismul inertiei și deznădejdii dobândite se activează (Kopp, 1997). În cazul bolnavilor cu cancer, deznădejdea intensifică în mod semnificativ progresia bolii, crește recidiva și mortalitatea oncologică (HR=1,55) (Watson și colab., 1999; Ringdal, 1995).

Breitbart și colaboratorii (2000) propun niște date potrivit cărora, în cazul pacienților cu boli tumorale, corelația dintre sindromul depresiv și deznădejde este redusă ($r=0,29$), ceea ce ar sugera, potrivit autorilor că este vorba de stări foarte precis separabile. Cercetarea longitudinală a lui Everson și colaboratorii (1996) semnalează că, indiferent de factorii de risc tradiționali și de

depresie, deznădejdea medie și mare reprezintă un risc dublu din perspectiva mortalității tumorale, comparativ cu deznădejdea de intensitate scăzută (HR=2,25; 95% CI 1,10–4,58 și HR=2,61; 95% CI 1,03–6,64). În același timp, date anterioare demonstrează că tendințele suicidale sunt mai strâns corelate cu deznădejdea decât cu depresia, și că această asociere rămâne valabilă și după ajustarea la efectul sindromului depresiv (Greene, 1989).

1.6.4. Epuizarea vitală

Printre simptomele cele mai importante ale epuizării vitale se numără extenuarea, lipsa energiei, tendința de oboseală exagerată, iritabilitatea crescută, sentimentele de demoralizare (Appels, 1997). Epuizarea vitală și depresia sunt strâns corelate ($r=0,6198$; $p<0,0001$), 38% din simptome fiind comune, ne referim aici, în special, la extenuare și iritabilitate. În același timp, epuizarea vitală și depresia prezintă corelații importante cu statutul socio-economic, ceea ce indică faptul că ambii factori psihologici ar putea juca un rol de mediere între inechitățile sociale și starea de sănătate (Kopp și colab., 1998).

Cu toate acestea, există o linie de demarcație clară și foarte precisă între epuizare vitală și depresie. Epuizarea vitală poate fi definită drept o categorie psihologică mai largă, având în vedere faptul că 77% dintre persoanele depressive prezintă manifestări de extenuare, dar mai puține persoane afectate de epuizare au și tulburări de dispoziție (Kopp și colab., 1998).

Bergelt, Christensen, Morten, Uwe és Johansen (2005) au inițiat o cercetare prospectivă, în care au inclus 976 de pacienți care figurau în evidențele Registrului Oncologic Danez. Aceștia consideră că pacienții cu cancer, care raportau o epuizare vitală marcantă, se caracterizează mai degrabă prin tendințe spre inactivitate fizică (19% vs. 7%; $p<0,001$), fumat (10% vs. 6%; $p<0,001$), singurătate (43% vs. 33%; $p<0,001$), respectiv statut socio-economic precar (27% vs. 16%; $p<0,001$) și lipsa unei educații formale (40% vs. 32%; $p<0,001$), comparativ cu persoanele cu un grad de epuizare redus. Epuizarea vitală mare caracterizează într-o măsură semnificativ mai mare femeile, comparativ cu bărbații (28% vs. 18%; punctaj mediu: 8,2 vs. 6,0, $p<0,001$).

1.6.5. Evenimente de viață negative

Prin comparație cu persoanele sănătoase, pacienții cu boli oncologice raportează o frecvență mai mare a evenimentelor de viață negative (2,60 vs. 2,02;

p<0,0001) (Dégi, 2008; Petticrew, Fraser și Regan, 1999). Aceste evenimente de viață sunt asociate cu probleme de sănătate generale (Rahe, 1974), dar evenimentele și întâmplările legate de pierdere și doliu sunt cele care sunt în mod particular legate de rupturile ADN (Irie și colab., 2001). Evenimentele stresante, evaluate drept incontrolabile au un efect demonstrat negativ și asupra evoluției bolilor oncologice (McKenna, Zevon, Corn și Rounds, 1999). Spre exemplu, unele experimente cu animale au demonstrat că, printre urmările unui eveniment-șoc inevitabil se numără scurtarea procesului de geneză a tumorii, accelerarea creșterii acesteia, precum și scurtarea perioadei de supraviețuire, comparativ cu evenimentele evitabile, care nu provoacă aceleși consecințe negative (Sklar și Anisman, 1979). În același timp, efectul fizic și psihologic al evenimentelor de viață negative poate fi demonstrat în mod indubitable, corelația acestora cu factorul calitatea vieții fizice fiind totuși mai puternică (Szabó și Rózsa, 2006).

Asocierea evenimentelor de viață negative cu bolile onco-tumorale a fost susținută parțial sau chiar deloc de alte studii. Bukberg și colaboratorii (1984) (n=62) arătaseră, mai demult că, la pacienții spitalizați cu un grad de funcționalitate mare, numărul evenimentelor de viață negative, măsurat pe durata ultimelor șase luni, a fost în mod evident corelat cu incidența sindromului depresiv, în schimb, la pacienții cu funcționalitate scăzută, această corelație nu a putut fi demonstrată. Jacobs și Bovasso (2000) nu susțin nici ei ipoteza funcționării evenimentelor de viață negative drept factor de risc cu semnificație statistică la bolnavii cu cancer mamar, inclusi și în cercetarea lor (n=1.213).

1.6.6. Evaluarea copilăriei

Experiențele traumatizante trăite în copilărie, cum ar fi decesul mamei (OR=2,56; p<0,001), se numără printre factorii prognostici cei mai importanți ai tumorilor mamare, alături de depresia gravă (OR=14,0; p<0,001) (Jacobs și Bovasso, 2000).

Thomas, Duszynski și Shaffer (1979) arată, în cercetarea lor longitudinală (n=1 337) că pacienții cu tumorii maligne raportează mai frecvent relații reci, distante și imprevizibile cu tatăl și cu mama lor (25% și 20%), prin comparație cu pacienții suferinți de afecțiuni psihiatriche (20,6% și 14,7%), hipertonia (8,3% și 11,1%) sau de afecțiuni cardio-vasculare (15,0% și 20,0%), respectiv

cu persoanele sănătoase (5,0% și 7,2%). Trebuie însă luat în calcul și faptul că boala tumorala și conștiința bolii influențează în sens negativ și distorsionată imaginea omului despre trecut și despre copilărie (Lapis, 2001).

1.6.7. Suportul partenerial/familial

Lupta împotriva bolilor oncologice și vindecarea impun, cu necesitate, mobilizarea suportului partenerial și familial. Cu toate acestea, funcționarea și relațiile interpersonale ale bolnavilor cu cancer se caracterizează, uneori, de o anumită ambivalentă a acestui suport, de o tendință spre victimizare (Kállai, 2007). Schimbările care survin în rețeaua relațiilor sociale a pacienților oncologici sunt categoric influențate de procesul și evoluția bolii tumorale. Astfel, stadiul acut al bolii se caracterizează printr-un suport partenerial și familial mai mare, în timp ce o evoluție îndelungată conduce la suprasolicitarea și sărăcirea, vidarea acestui aparat suportiv (Tiringer, 2007a).

Cercetarea noastră recentă, efectuată asupra unui grup de femei cu cancer mamar (n=60), operate la Secția de Chirurgie a Spitalului Județean din Miercurea Ciuc, vizează și gradul de mulțumire cu privire la suportul familial. Rezultatele noastre arată că nemulțumirea față de acesta înseamnă și include și un grad mai mare de stres și anxietate, un optimism mai moderat, o capacitate mai redusă de receptare a informațiilor și un potențial de coping mai redus (Balog și Dégi, 2005). Rezultatele cercetării lui Maunsell și colaboratorii (1995) (n=224) sugerează că pacienții cu cancer mamar, care au cel puțin o relație partenerială sau socială solidă, au o șansă de supraviețuire de 72%, în timp ce șansa femeilor care nu au o astfel de relație suportivă, este de doar 56%. Este important de menționat și faptul că nemulțumirea față de suportul partenerial și familial, respectiv lipsa acestui suport, scade competența imunitară și crește capacitatea de reacție a sistemului neuro-endocrin și a celui neuro-simpatic (Szendi, 2006).

Efectul protector, de buffering, al suportului partenerial a fost demonstrat și la pacienții cu boli tumorale, însă efectele lipsei acestei rețele suportive nu au fost îndeajuns cercetate (Tiringer, 2007a). Reynolds și Kaplan (1990) sunt de părere că izolarea socială crește riscul mortalității generale, într-un grad comparabil cu efectele fumatului sau ale nivelului ridicat de colesterol.

1.6.8. Modalități de control/ Locus de control (locus of control)

Rotter (1966) a fost primul autor care a folosit termenul de modalitate de control (locus of control), noțiune care se referă la felul în care o persoană (își) explică reușitele și succesele personale prin cauze externe (incontrolabile) sau interne (controlabile). Modalitatea de control – intern și extern deopotrivă – este un factor independent decisiv al adaptării eficiente la boli. Taylor, Lichtman și Wood (1984) arată, în cercetarea lor că două treimi dintre pacienții cu cancer posedau modalități de control intern, altfel spus, aveau credința că evoluția acestei boli cronice depinde de resursele lor interne, personale. Cealaltă treime credea în modalități de control extern, adică nutrea convingerea că boala tumorala poate fi stopată prin intervenția mediului extern reprezentat de medici și de schemele de tratament. Atitudinea legată de modalitățile de control extern arată corelații cu depresia și cu anxietatea generală destructivă (Mirnics, 2006). Literatura de specialitate psihoncologică nu a formulat nici până azi un răspuns clar, răspicat cu privire la efectele pozitive și negative ale modalităților de control intern și/sau extern în cazurile de boli tumorale greu de controlat (Taylor și colab., 1984).

1.6.9. Intruzivitatea maladiei

Potrivit rezultatelor cercetării reprezentative Hungarostudy 2002, bolile tumorale prezintă, alături de accidentele cerebrale și bolile psihice, cel mai mare grad de intruzivitate a bolii, afectând și influențând masiv dimensiunile legate de calitatea vieții (Novák, Szeifert și Mucsi, 2006a).

Ipoteza de bază a teoriei modelului intruzivității pornește de la ideea că intruzivitatea bolii joacă un rol de mediere între circumstanțele și efectele obiective ale bolii și ale tratamentului, respectiv starea de bine și calitatea subiectivă a vieții. Cercetările au demonstrat, de asemenea că în diminuarea confortului psihosocial și creșterea distresului emoțional, cauzate de stigma diagnosticului tumoral, intervine și mecanismul de mediere a intruzivității bolii (Devins, Stam și Koopmans, 1994a).

Valorile mari ale intruzivității bolii cresc și deznădejdea ($r=0,58$; $p<0,0001$) și depresia ($r=0,48$; $p<0,0001$), respectiv diminuează echilibrul psihico-emoțional ($r=-0,54$; $p<0,0001$) și bucuria de a trăi ($r=-0,44$; $p=0,004$).

Nu au fost identificate corelații semnificative între valorile intruzivității bolii, vârstă, sex și educație (Schimmer și colab., 2001).

1.6.10. Strategii de coping (coping)

Strategiile de luptă împotriva bolii reprezintă însumarea reacțiilor și răspunsurilor individului implicat, prin care efectul de soc, stresul, sentimentul de risc subiectiv și distresul emoțional crescut ar putea fi compensat și controlat. Coping-ul poate avea forme de manifestare afective, cognitive și comportamentale (Mehnert și Koch, 2009). În lupta cu bolile onco-tumorale, cele mai eficiente mecanisme s-au dovedit a fi cele legate de controlul mental/cognitiv, respectiv cel comportamental, prin comparație cu controlul bazat pe informare (Taylor și colab., 1984). Buddeberg și colaboratorii (1990) au conchis, în studiul lor prospectiv că 56% dintre pacienții cu cancer adoptă metode de coping eficiente, în timp ce 44% dintre ei întâmpină dificultăți în identificarea și adoptarea celor mai eficiente strategii de luptă.

Cercetările legate de mecanismele de coping arată că identificarea strategiilor adaptive, de „*coping bun*”, este mai dificilă decât numirea strategiilor maladaptive, ineficiente, deoarece eficiența diferitelor metode variază de la individ la individ (Tiringer, 2007a). În general, situațiile evaluate drept controlabile, pozitive, impun un coping bazat pe rezolvarea de probleme, în timp ce, în situațiile apreciate ca fiind incontrolabile, se preferă strategiile afectiv-emoționale. Astfel, dacă stresul și sentimentul de insecuritate cauzate de boala se apreciază ca fiind oportunitate, atunci coping-ul bazat pe rezolvarea problemei ($\beta=-,16$; $p<0,05$) poate induce diminuarea distresului emoțional. Dacă însă, situația de boală nu mai este apreciată ca o oportunitate, ci ca un risc incontrolabil, atunci coping-ul emoțional ($\beta=,24$; $p<0,05$) contribuie la creșterea distresului emoțional, cu toate că strategia vizează tocmai reducerea acestuia (Mishel și Sorenson, 1991). Faller, Bulzebruck, Drings și Lang (1999) au ajuns la concluzia că strategiile active de coping, bazate pe rezolvarea problemei (RR=1,91; 95% CI 1,17–3,12) cresc semnificativ șansele de supraviețuire, în timp ce coping-ul emoțional, bazat pe distresul afectiv (RR=1,88; 95% CI 1,29–2,73) reduc aceste șanse.

În primele etape ale bolii neoplastice, anxietatea și depresia, pasivitatea și retragerea, respectiv negarea bolii cronice sunt reacții firești. Pe măsură ce maladia progresează, printre punctele esențiale ale adaptării eficiente la situa-

ția de viață schimbăță, impusă de boala, se vor număra strategiile de coping bazate pe rezolvarea problemei, mobilizarea rețelei de suport social, identificarea unor noi repere de orientare și a unor motivații noi. În fazele evoluate ale bolii, strategiile emoționale și de negare sau respingere câștigă teren, din cauza reducerii posibilităților de intervenție (Kállai, 2007). Cu toate acestea, eficiența diferitelor strategii de coping, adoptate în diferitele etape evolutive ale bolii, este aceeași, altfel spus nu există diferențe semnificative între diversele strategii, din punctul de vedere al eficacității, ceea ce sugerează că boala cronică reprezintă un proces continuu de adaptare și provocare pentru pacienți, indiferent de starea tumorii (Gotay, 1984).

Literatura de specialitate psihico-oncologică oferă și un set de observații critice, care sugerează o doză de prudență în evaluarea rolului strategiilor de coping. Nu există, prin urmare, o modalitate de luptă împotriva cancerului unanim acceptată și calificată drept eficientă, orice apreciere sau sugerare a unui mecanism de coping pozitiv (combativitate) sau negativ (deznașejde/încapacitatea de a face ceva) putând induce o supraîncărcare psihică nejustificată a pacienților oncologici (Petticrew, Bell și Hunter, 2002; Raeve, 1997). Trebuie subliniat faptul că fiecare pacient este o individualitate autonomă, cu o personalitate proprie, capabilă de schimbări comportamentale, cognitive și psihice pozitive pe parcursul evoluției bolii (Riskó, 2006b).

1.6.11. Sentimentul de coerență

Sentimentul de coerență (sense of coherence) se referă la acea orientare și convingere cognitivă globală a individului, potrivit căreia lumea și viața sunt comprehensibile (comprehensibility), administrabile (manageability) și au un sens bine definit (meaningfulness). Capacitatea experimentării coerenței se formează ca urmare a unor procese și experiențe ale copilăriei și ale familiei, iar acest sentiment al coerenței este considerat, de obicei, o dispoziție durabilă (Sagiv și Antonovsky, 2000). Sentimentul coerenței este, practic, o capacitate dobândită de stocare/mobilizare a unui set de resurse (Skrabski, Kopp, Rózsa și Réthelyi, 2004b).

Valorile crescute ale sentimentului de coerență scad cu aproape 30% mortalitatea oncologică (RR=0,74; p=0,003). Persoanele care raportau valori mari ale sentimentului de coerență aveau, de obicei și scoruri mari în ceea ce privește autoaprecierea ($r=0,61$; $p<0,001$), capacitatea de control ($r=0,54$;

$p<0,001$), optimismul ($r=0,53$; $p<0,001$), satisfacția legată de viață ($r=0,53$; $p<0,001$), coping-ul activ ($r=0,37$; $p<0,001$) și aveau valori scăzute ale stresului ($r=-0,65$; $p<0,001$) (Pallant și Lae, 2002). Rezultatele furnizate de Hungarostudy 2002 sugerează că valorile mari ale sentimentului de coerență corelează cu sentimentul de autoeficacitate, cu strategiile de coping emoțional și cu cel bazat pe rezolvarea de probleme, cu suportul familial și cu practicarea religiei (Skrabski și colab., 2004b). Alte cercetări generale și clinice dovedesc o corelație inversă între sentimentul coerenței, respectiv anxietate ($r=$ de la $-0,50$, până la $-0,69$), sindromul depresiv ($r=$ de la $-0,53$, până la $-0,80$), neputința sau inerția dobândită și starea de sănătate subiectivă (Carmel și Bernstein, 1990; Geyer, 1997).

Unele abordări critice ale sentimentului de coerență susțin că, pe baza interdependentă negative a sentimentului de coerență cu depresia și cu anxietatea, se poate presupune că primul măsoară, practic, același lucru ca și ultimele, prin formularea inversă a teoriilor (Geyer, 1997).

1.6.12. Autoeficacitatea

Autoeficacitatea (self-efficacy) este o reacție de tipul competenței, al cărei scop este lupta eficientă împotriva factorului stres (Bandura, 1982). Autoeficacitatea și sentimentul de coerență sunt strâns legate. Dacă sentimentul de coerență măsoară capacitatea persoanei de a accepta propriul loc în lume, autoeficacitatea măsoară convingerea individului că situațiile de viață dificile pot fi stăpânite și controlate (Skrabski și colab., 2004b). Spre deosebire însă de sentimentul de coerență, care este definit ca o trăsătură de caracter generală și relativ stabilă, autoeficacitatea și menținerea ei impun întăriri și confirmări continue (Bandura, 1977).

În privința adaptării la bolile oncologice, controlul perceput/subiectiv și eficiența individuală joacă un rol mai important decât influențabilitatea pacientului, deoarece comportamentul și stilul de viață adaptat bolii depind de măsura autoeficacității persoanei în cauză (Tiringer, Varga și Molnár, 2007b). Într-o cercetare anterioară, efectuată la Institutul Oncologic din Cluj ($n=71$), am constatat că, în privința mobilizării resurselor psihice cu rol în protejarea sănătății, factorii cei mai eficienți s-au dovedit a fi autoeficacitatea, sentimentul de coerență și condiția psihică bună (Dégi, 2001).

Cu toate că valorile mari ale autoeficacității sunt considerate a fi benefice și pozitive în procesul de adaptare la boala oncologică, unele cercetări longitudinale (n=529) atrag atenția că autoeficacitatea apreciată ca foarte bună poate contribui, indirect, la creșterea morbidității psihologice, prin creșterea sentimentului de eșec, autoculpabilizare sau exagerarea asumării răspunderii din partea bolnavilor cu boli tumorale (Lam și Fielding, 2007).

1.6.13. Practicarea religiei

Practicarea religiei are un efect protector, benefic asupra sănătatei și longevității într-o măsură mai mare, decât diferențele de sex sau de rasă, religiozitatea neputând fi considerată un factor de risc sub nici un aspect al sănătății mentale (Kopp și Pikó, 2006c). Aproximativ 50% din pacienții cu cancer consideră religia un element important (acest procent atingând chiar și 88% în stadiile avansate ale bolii), însă doar 37% din pacienți frecventează biserică în mod regulat, lucru care poate fi explicat prin impedimentele fizice legate de instalarea acestei boli cronice (Balboni și colab., 2007).

La pacienții cu boli tumorale practicarea religiei este un factor independent, de putere medie, al calității vieții ($r=0,34$; 95% CI 0,28–0,40), alături de starea de bine fizică, socială/familială și afectiv-emoțională, caracterizând în special persoanele în vîrstă, de sex feminin și cu o educație mai precară (Assimakopoulos, Amalia, Miltiadis, Haralabos și Iconomou, 2009; Cohen și Koenig, 2002). Rezultatele cercetării reprezentative Hungarostudy 2002 arată că religiozitatea corelează în mod semnificativ cu depresia, anxietatea, deznașdejdea și cu valorile mai joase ale ostilității, respectiv cu sănătatea mentală, cu starea de bine și cu valorile mai mari ale sentimentului de coerență (Kopp, Székely și Skrabski, 2006d).

Unele opinii critice sugerează că simptomele de distres al pacienților cu cancer sunt estompate nu prin practicarea religiei, ci prin puterea convingerilor personale, având în vedere faptul că Hinton (1980) a descris o relație de forma unei curbe între religiozitate și anxietate, concluzionând că valorile cele mai scăzute ale anxietății au fost detectate la pacienții foarte credincioși, respectiv la cei atei, comparativ cu persoanele de religiozitate medie. Trebuie menționat și faptul că religiozitatea marcată de nesiguranță, de sentimente de chin și culpă (pacienții nutresc convingerea că prin boala tumorală Dumnezeu îi părăsește sau îi pedepsește), poate accentua distresul emoțional, tulbu-

rările emoționale, depresia, epuizarea și durerea, scăzând astfel calitatea vieții, starea de bine fizică și afectivă (Hills, Paice, Cameron și Shott, 2005).

1.6.14. Starea de sănătate subiectivă

Evaluarea propriei stări de sănătate este un concept bio-psihosocial, care reflectă felul și măsura în care individul conștientizează degradarea, simptomatologia și diagnosticele legate de riscul letal (Kaplan și colab., 1996). Evaluarea subiectivă a stării de sănătate poate fi considerată o linie directoare, un reper de orientare, fiindcă poate prognoza mortalitatea perioadei analizate, respectiv șansele de vindecare chiar și după ajustarea la toți ceilalți indicatori obiectivi (Novák, Stauder și Mucsi, 2006b).

În analiza lui Shadbolt și colaboratorii (2002), 9% dintre pacienții cu cancer și-au apreciat starea de sănătate drept excelentă, 14% drept foarte bună, 35% drept bună, 28% drept medie și 14% drept precară. Potrivit datelor acestui studiu, riscul mortalității a fost de patru, respectiv de două ori mai mare la persoanele care și-au apreciat propria lor stare de sănătate drept precară sau medie, comparativ cu cei care au evaluat-o ca fiind cel puțin bună.

Cercetarea noastră ia în calcul și efectele atitudinilor disfuncționale și ale timidității sau inhibiției comportamentale legate de factorii psihosociali, având în vedere că cercetările reprezentative maghiare de până acum demonstrează cu prisosință rolul determinant al acestor factori în evoluția distresului psihologic și a calității vieții (Kopp și Fóris, 1993a; Rózsa și colab., 2006).

1.7. Comorbiditatea

Comorbiditatea se referă la acele stări clinice și paraclinice care însotesc boala primară (cum ar fi efectele secundare ale tratamentelor aplicate) și care pot apărea înainte sau după momentul diagnosticării și pot schimba aprecierea bolii, alterând astfel prognosticul, progresia sau eficiența intervențiilor terapeutice și curative (Mezzich, Salloum și Bertolote, 2005).

La bolile tumorale, comorbiditatea nu reprezintă un fenomen excepțional, rar întâlnit, ci e mai degrabă o situație firească, frecventă care influențează în mod negativ calitatea vieții. Bolile somatice asociate afectează aria mecanismelor fiziologice ale calității vieții, în timp ce comorbiditatea psihică (în spe-

cial depresia) își exercită efectele atât asupra aspectelor somatice, cât și asupra celor psihosociale ale calității vieții (Baumeister, Balke și Härter, 2005). Între sindromul depresiv și bolile cronice se presupune că există o relație cauzală circulară, adică sindromul depresiv influențează negativ evoluția bolilor somatice, îmbolnăvirile corpului fizic sporind, în același timp, riscul apariției unor simptome depresive (Purebl și Kovács, 2006). Astfel, distresul emoțional, anxietatea sau depresia pot fi, în egală măsură, cauza și efectul problematicelor complexe legate de bolile oncologice (Tiringer, 2007a).

Cu toate acestea, stabilirea schemelor terapeutice oncologice ține cont de comorbiditate doar în cazurile de comorbiditate gravă, care afectează un grup restrâns de pacienți. Astfel, în stabilirea tratamentului oncologic, funcționalitatea și dorința de cooperare a pacientului capătă o importanță mai mare decât comorbiditatea (Silliman, Guadagnoli, Weitberg și Mor, 1989).

1.8. Calitatea vieții

Despre calitatea vieții în general

O definiție unanim acceptată a calității vieții spune că aceasta este un construct pluridimensional, care are în vedere boala și efectele terapeutice asociate, prin trei aspecte fundamentale: dimensiunea fizică, psihologică și cea socială (Ferrans, 2005). Organizația Mondială a Sănătății (OMS/ WHO, 1995) definește calitatea vieții ca fiind precepția individului asupra locului său în lume, respectiv ca aprecierea individului asupra propriei situații și stări, într-un context cultural și axiologic dat, în funcție de propriile obiective, așteptări, interese și expunere la riscuri. Practic, calitatea vieții este o stare de bine care are două componente fundamentale. Prima componentă este capacitatea executării activităților cotidiene, care se referă la stare de bine fizică, psihologică și socială (precepția individului asupra propriei condiții), cea de-a doua fiind gradul de satisfacție și mulțumire legat de propriul nivel de funcționalitate și capacitate de control, în evaluarea și tratarea simptomelor legate de boală și tratament (evaluare, apreciere) (Gotay, Korn, McCabe, Moore și Cheson, 1992).

Calitatea vieții este, de fapt, o evaluare a efectelor bolii și tratamentului din perspectiva personală și subiectivă a pacientului, ceea ce nu coincide întotdeauna cu stadiul concret al bolii, cu nivelul concret de funcționalitate și cu

starea *de facto* a pacientului, respectiv cu evaluarea făcută de către medici. Astfel, pacienții cu boli tumorale își pot aprecia condiția și starea ca fiind bună, în ciuda invalidității sau a diminuării funcționalității fizice (Patrick, Kinne, Engelberg și Pearlman, 2000). Diferențele dintre aprecierea calității vieții făcută de medici și cea făcută de pacienți se datorează mai ales unor factori subiectivi (de exemplu, gânduri, sentimente, durere) și mai puțin unor condiții sau elemente obiective (de exemplu, mobilitate, independentă) (0,54–0,77 vs. 0,79–0,94) (Janse și colab., 2004). Trebuie subliniat și faptul că simptomele fizice, somatice – care sunt elemente importante în măsurarea calității vieții – sunt determinate și apar ca urmare a distresului emoțional și social resimțit de pacient (anxietate, depresie, manifestări neurotice, tulburări de adaptare, stigmatizare), fiind, prin urmare, semnalate de acesta și nu apar ca urmare a unei evaluări efectuate de medicul curant. Probabil acest lucru explică acea situație paradoxală, în care pacienții supuși unor intervenții oncologice drastice, intruzive, raportează, totuși, o creștere și nu o diminuare a calității vieții (Koller și colab., 1996).

Particularități

Bolile afectează, în general, calitatea vieții, însă îmbolnăvirile oncologice duc la o deteriorare a acesteia chiar și atunci când simptomele și efectele tratamentelor încă nu s-au instaurat, în momentul – şocant și traumatizant – al stabilirii diagnosticului (Horváth și Telekes, 2006b).

În cazul bolilor tumorale, este esențial să se măsoare modul și gradul în care boala în sine, respectiv tratamentele și intervențiile curative, afectează calitatea vieții, avându-se în vedere faptul că este vorba de maladii cronice, adeseori letale, care necesită și impun tratamente cu substanțe toxice, care pot reduce, pe termen lung, funcționalitatea pacientului. La bolnavii cu cancer, scopul nostru trebuie să vizeze nu doar simpla prelungire a vieții (care, în sine, ar fi un rezultat discutabil), ci și o menținere a calității vieții în standarde bune, fiindcă nu ajunge să adăugăm niște ani la viață, ci trebuie să insuflăm viață în acești ani. De exemplu, rezultatele unei cercetări arată că pacienții în vîrstă preferă terapiile care vizează îmbunătățirea calității vieții și nu pe cele care și propun prelungirea vieții. Chemoterapia a fost preferată de doar 22% din pacienți, dacă ea prognoza o prelungire a vieții cu trei luni, dar 68% au decis să urmeze această formă de tratament, dacă ea putea estompa sim-

tomele legate de boală, chiar și fără efecte de prelungire a vieții (Di Maio și Perrone, 2003).

Montazeri și colaboratorii (2001) au sintetizat cele mai importante concluzii legate de cercetările privind calitatea vieții: 1) calitatea vieții este multidimensională, astfel că și instrumentele de lucru aplicate în cercetare trebuie să atingă mai multe domenii (de obicei, se vizează dimensiunile fizice, emoționale, sociale, funcționale, spirituale); 2) observatorii care participă la aceste studii formulează, de obicei, aprecieri eronate asupra calității vieții pacienților cu cancer; 3) terapiile invazive, agresive pot avea efecte de îmbunătățire a calității vieții; 4) simptomele secundare asociate bolii pot deprecia calitatea vieții, respectiv 5) calitatea vieții înainte de începerea tratamentului poate prognoza calitatea vieții de după tratament, precum și şansele de supraviețuire.

Corelațiile dintre calitatea vieții și bolile tumorale

Majoritatea cercetărilor psihoncologice consideră calitatea vieții un factor de prognostic independent, autonom al evoluției bolii și al șanselor de supraviețuire, cu toate că elementele care influențează calitatea vieții cunosc variații în funcție de localizarea și stadiul tumorii și tratamentele aplicate (Kahán și Kovács, 2006).

Steginga, Lynch, Hawkes, Dunn și Aitken (2009) au studiat, în cercetarea lor prospectivă, un număr de 1.822 pacienți cu cancer de colon. Cercetătorii au vizat efectele factorilor medicali, socio-demografici, psihologici și de mod de viață asupra calității fizice, sociale (familiale), afective și funcționale (FACT-C/Functional Assessment of Cancer Therapy-Colorectal). Rezultatele regresiei liniare ierarhice sugerează că starea de bine fizică corelează cu vârsta ($\beta=0,081$; $p<0,01$) și cu stadiul bolii tumorale ($\beta=-0,164$; $p<0,001$), bunăstarea socială corelează cu vârsta ($\beta=0,080$; $p<0,01$), cu suportul partenerial ($\beta=0,189$; $p<0,001$) și cu optimismul ($\beta=0,081$; $p<0,01$), starea de bine afectivă corelează cu vârsta ($\beta=0,061$; $p<0,05$) și cu optimismul ($\beta=0,102$; $p<0,001$), respectiv starea de bine funcțională corelează cu stadiul bolii ($\beta=-0,092$; $p<0,01$), cu suportul partenerial ($\beta=0,059$; $p<0,05$) și cu optimismul ($\beta=0,108$; $p<0,001$). Factorii semnificativi din punctul de vedere al calității vieții sunt: vârsta ($\beta=0,057$; $p<0,05$), modalitatea de tratament ($\beta=0,069$; $p<0,05$), stadiul bolii ($\beta=-0,075$; $p<0,01$), optimismul ($\beta=0,090$; $p<0,001$) și

suportul partenerial ($\beta=0,086$; $p<0,001$). Variabilele modului de viață nu au corelat semnificativ cu calitatea vieții. În schimb, Härtl și colaboratorii (2009), care au cercetat un grup de 203 femei cu cancer mamar, au conchis că particularitățile tumorii și terapiile oncologice nu au o valoare predictivă în legătură cu calitatea vieții, autorii afirmând că vârsta are și ea valoare predictivă doar în legătură cu funcționalitatea fizică. Nu este de neglijat nici faptul că, în comparație cu persoanele adulte sănătoase, pacienții cu boli tumorale raportează valori mai scăzute ale stării de bine și confortului fizic (21,2 vs. 22,7) și afectiv (18,1 vs. 19,9), prezentând, în același timp, tendințe ascendențe în privința scorurilor stării de bine sociale/familiale (22,3 vs. 19,1) și funcționale (18,8 vs. 18,5), respectiv ale calității vieții (80,4 vs. 80,1) (Brucker și colab., 2005; Cella, Hahn și Dineen, 2002b). Acest lucru se explică prin faptul că, în urma diagnosticului oncologic și a tratamentului, la pacienții cu cancer măsurile și tiparele interne ale calității vieții suferă un proces de modificare, de reașezare (are loc un fenomen de schimbare a felului de a reacționa „*response-shift*”, așa-numitul „*paradox al satisfacției*” – Tiringer, 2007a). Prin acest mecanism pacientul învață să se acomodeze și să trăiască cu toată simptomatologia aferentă bolii și tratamentelor medicale, cu propria-i funcționalitate diminuată și cu multiplele dificultăți și handicapuri (Breetvelt și Van Dam, 1991; Cella, Hahn și Dineen, 2002b). Persoanele bolnave se adaptează schimbărilor obiective ale stării de sănătate prin modificarea și reducerea criteriilor de referință interne ale calității vieții (aprecieri, așteptări, criterii, valori), atingând astfel, valori mai ridicate pe scalele care măsoară calitatea vieții. Punctajul atins reflectă nu doar efectele bolii cronice, dar și adaptarea la propria-i stare de sănătate și situație schimbată. Tot acest mecanism explică și acele concluzii ale unor studii care nu găseau diferențe semnificative între evaluarea calității vieții la persoanele sănătoase și la cele cu boli cronice (Costa-Requena și Gil, 2009; Schwartz și Sprangers, 2000).

Într-o cercetare prospectivă făcută asupra unei populații cu boli tumorale eterogene (n=851), Dancey și colaboratorii (1997) au demonstrat că, indiferent de tipul tumorii, calitatea globală a vieții funcționează ca un factor prognostic semnificativ al ratei de supraviețuire (spre exemplu, la cancerul mamar, pulmonar, ovarian, respectiv la tumorile în metastază). Pacienții, care au atins punctaje mari la inventarul calității vieții (EORTC QLQ-C30), au trăit semnificativ mai mult decât persoanele bolnave cu punctaj scăzut. Un rezultat surprinzător al acestei cercetări sugerează că pacienții cu o mai slabă cali-

tate a vieții aveau șanse de supraviețuire mai mari dacă aveau o funcționalitate afectivă mai redusă, decât dacă această funcționalitate atingea valori mai mari.

Concluzii

Calitatea vieții poate fi influențată de experiențe personale, așteptări și percepții individuale și este un parametru la fel de important ca și rezultatele investigațiilor clinice și paraclinice (Kopp și Pikó, 2006c). În ciuda faptului că 97% dintre pacienți afirmă că nivelul lor de funcționalitate și stare de bine este în mod evident reflectat în măsurătorile asupra calității vieții, iar 87% consideră că aceste investigații ar trebui incluse în protocolul medical standard, mai puțin de 50% dintre medici le și utilizează în activitatea lor clinică. Acest lucru se explică prin considerarea acestor măsurători drept investigații *soft*, comparativ cu investigațiile *hard*, de tip paraclinic, deși 80% dintre specialiștii oncologi califică informațiile furnizate de inventarul calității vieții drept valoroase (Detmar, Muller, Schornagel, Wever și Aaronson, 2002; Morris, Perez și McNoe, 1997). În țările dezvoltate, conceptul de calitate a vieții și importanța acestui parametru a început să câștige teren, de când diagnosticarea timpurie și progresele terapiilor oncologice au făcut posibilă reconsiderarea celor mai multe tumorii maligne drept boli cronice și nu neapărat letale. Menținerea calității vieții pacienților în standarde bune este un obiectiv important în oricare etapă a terapiei, chiar dacă boala de bază este incurabilă (Horváth și Telekes, 2006b).

Calitatea vieții pacienților poate fi influențată de stadiul bolii tumorale, de gravitatea acesteia, de tipul tumorii și de tratamentele aplicate. Cu toate acestea, se știe încă prea puțin despre influența trăsăturilor de personalitate și a particularităților de comportament asupra evoluției calității vieții, știut fiind faptul că, de foarte multe ori, pacienți aflați în același stadiu de boală și beneficiind de aceleasi tratamente, au valori ale calității vieții foarte diferite.

2. Obiective generale

Cercetarea noastră clinică vizează evaluarea statutului pacienților cu cancer din spitalele ardelene, respectiv evaluarea stării lor bio-psihosociale și spirituale actuale, a calității vieții acestora, deoarece, cu câteva excepții, nu dispu-nem de studii anterioare în acest sens. Această situație se datorează faptului că, în România, cercetarea psihosocială empirică a pacienților cu cancer nu are o tradiție. Cercetarea de față își propune nu doar o sporire a numărului cercetărilor psiho-oncologice și a informațiilor rezultate, ci ne propunem formularea unor sugestii și recomandări, bazate pe rezultatele cercetării noastre. Aceste sugestii au în vedere îmbunătățirea calității serviciilor medicale oncologice, implementarea unor terapii psiho-oncologice avizate, dat fiind faptul că boala tumorală reprezintă o problemă medicală și socială extrem de actuală în România.

Demersul nostru pune un accent deosebit pe acele puncte de vedere psihosociale (cum ar fi diagnosticul, depresia, calitatea vieții), care sunt comune pentru marea parte a bolilor tumorale, deoarece caracteristicile obiective ale tumorii furnizează referințe incerte pentru înțelegerea modului în care pacienții se adaptează bolii cronice. Comportamentul bolnavului cronic este, parțial, independent de starea fizică, somatică respectiv de gravitatea rezultatelor obiective, paraclinice, el fiind modelat mai ales de acele procese și mecanisme de deconstrucție psihică și socială, cum ar fi sindromul depresiv, anxietatea, coping-ul și izolarea socială (Tiringer, Varga și Molnár, 2007b). Studierea calității vieții și a distresului pacienților cu cancer pornește, prin urmare, de la analiza interacțiunii factorilor fizici, psihici și sociali.

2.1. Obiective

Obiectivele cele mai importante ale cercetării noastre sunt:

- Identificarea factorilor demografici, medicali și psihosociali care influen-țează necunoașterea diagnosticului oncologic;

- Măsurarea prevalenței distresului psihosocial sau a frecvenței sindromului depresiv și a slabiei calități a vieții;
- Definirea și analiza mecanismului de funcționare a variabilelor semnificative care explică sindromul depresiv și slaba calitate a vieții pacienților suferinți de boli tumorale;
- Analiza comparativă a cunoașterii și a necunoașterii diagnosticului, a depresiei clinice și subclinice și a calității vieții slabe și bune, abordate prin prisma factorilor demografici, medicali, de stil de viață și psihosociali.

2.2. Ipotezele cercetării

1. Necunoașterea diagnosticului oncologic induce un distres psihosocial substanțial mai mare decât cunoașterea diagnosticului.
2. Sindromul depresiv clinic și o foarte slabă calitate a vieții pacienților spitalizați incumbă o vulnerabilitate psihosocială marcantă, în comparație cu depresia subclinică și o bună calitate a vieții.
3. Evoluția calității vieții pacienților cu tumori este semnificativ influențată de factorii psihosociali – în special anxietatea și depresia – alături de factorii medicali, demografici și efectele comportamentului de sănătate.

Cercetarea noastră s-a desfășurat în Institutul Oncologic din Cluj-Napoca (148 chestionare; 35,2%), în Spitalul Județean Miercurea Ciuc (117 chestionare; 27,9%), în Institutul Oncologic din Târgu-Mureș (71 chestionare; 16,9%) și în Spitalul din Gheorgheni (84 chestionare; 20%).

3. Metode

3.1. Eșantionul de populație studiat și metodele cercetării

Eșantionul studiat de noi include un număr de 420 pacienți, din care 342 (81,4%), cu tumori maligne și 78 (18,6%) cu tumori benigne. Din punctul de vedere al localizării tumorii, grupul studiat se prezintă destul de eterogen: 80 de cazuri de cancer mamar (19,5%), 49 de cazuri de cancer de col uterin (11,9%), 46 de cazuri de cancer bronhopulmonar (11,2%), 43 de cazuri de cancer de colon (10,5%), 29 de cazuri de cancer în metastază (7,0%), 22 de cazuri de cancer maxilo-faringian (5,4%), 22 de cazuri de leucemie (5,4%), 22 de cazuri de cancer ano-rectal (5,4%), 18 cazuri de cancer de prostată (4,4%), 14 cazuri de cancer gastric (3,4%), 14 cazuri de melanom (3,4%), zece cazuri de cancer renal (2,4%), opt cazuri de cancer esofagian (1,9%), opt cazuri de cancer osos (1,9%), opt cazuri de cancer tiroidian (1,9%), șapte cazuri de tumori intracraiene (1,7%), cinci cazuri de cancer hepatic (1,2%), cinci cazuri de cancer al vezicăi urinare (1,2%) și un caz de cancer al glandei suprarenale (0,3%). În cazul a nouă pacienți, nu avem informații legate de localizarea tumorii.

În privința stadiului bolii, 6,7% dintre pacienți (n=28) se află în stadiul I, 23,6% (n=99) în stadiul II, 27,9% (n=117) în stadiul III, iar 11,2% (n=47) în stadiul IV. În 129 cazuri, adică la o treime din eșantionul studiat (30,6%), stadiul bolii nu poate fi specificat, din cauza lipsei informațiilor sau din alte cauze.

Dispunem de o cantitate mare de informații și în legătură cu tratamentele oncologice tradiționale aplicate subiecților. Datele arată că 70,3% din pacienți (n=291) au suferit intervenții chirurgicale, iar 29,7% (n=123) nu au beneficiat de acest tip de tratament. În cazul a șase pacienți nu dispunem de informații privitoare la tratamente chirurgicale. Totodată, 68% (n=279) dintre pacienți au avut parte de tratamente medicamentoase, 32% (n=131) nu au folosit astfel de scheme de tratament. În cazul a zece pacienți nu am obținut informații

legate de chemoterapie. Radioterapia a fost utilizată la 43,7% (n=177) dintre pacienți, 56,3% (n=228) nebeneficind de terapia cu raze. Informațiile legate de radioterapie lipsesc în cazul a 15 pacienți. Din punctul de vedere al vârstei, 14,9% din eșantionul studiat de noi (n=62) intră în categoria adulților tineri (18–35 ani), 68% (n=283) sunt de vârstă medie (36–65 ani) și 17,1% (n=71) sunt de vârstă a treia (peste 65 ani). În patru cazuri nu dispunem de informații privitoare la vârstă. Am interviewat 238 de femei (56,7%) și 182 de bărbați (43,3%), vârsta medie situându-se la valoarea de 51,95 ani (min. 17 – max. 89).

După criteriul domiciliului, al tipului de așezare din care pacienții provin, 24,9% din cei interviewați (n=104) provin din orașe mari, 40,9% (n=171) din orașe mici și 34,2% (n=143) din mediul rural. Nu avem informații privitoare la domiciliu în două dintre cazuri. Din punctul de vedere al studiilor, 9,5% (n=40) dintre pacienți au mai puțin de opt clase, 11,2% (n=47) au absolvit gimnaziul, 22,9% (n=96) au terminat școli profesionale, 15,3% (n=64) licee cu profil profesional și 22,4% (n=94) licee teoretice, respectiv 18,7% (n=78) au studii superioare. Într-un singur caz studiile nu au fost înregistrate. Din perspectiva situației familiale, 68,2% (n=286) sunt căsătoriți, 8,4% (n=35) divorțați, 11% (n=46) văduvi și 12,4% (n=52) necăsătoriți. Informația legată de situația maritală lipsește într-un singur caz.

Mai departe, 58,5% (n=244) dintre pacienții subiecți ai cercetării sunt de etnie maghiară, 39,3% (n=164) sunt români și 2,2% (n=9) provin din rândurile altor etnii (doi romi, trei armeni, patru sași). Trei pacienți nu au răspuns la întrebarea privitoare la etnie.

Din punctul de vedere al situației materiale, valoarea medie a acestui parametru este de $5,05 \pm 1,94$ (SD) pentru totalul eșantionului, considerat pe o scală de zece grade.

Desfășurarea cercetării

În cercetarea noastră am folosit un chestionar de opt pagini, completarea căruia durând aproximativ o oră. Pacienții au fost selectați după o informare prealabilă referitoare la cercetare și după o declarație personală conform căreia aceștia au fost de acord să completeze un chestionar în limba română sau maghiară, în funcție de etnie. Culegerea datelor s-a efectuat cu ajutorul asistentelor, psihologilor și asistenților sociali. Rata refuzului a fost de 16%. Cei

care au declinat propunerea provin mai ales din rândurile analfabetilor funcționali sau a celor care au motivat refuzul prin starea precară de sănătate.

Implementarea cercetării și aplicarea chestionarelor au fost aprobate de către comisiile de etică din cadrul Spitalului Județean Mureș (prof. dr. Bogdan Păltineanu) și din cadrul Universității de Medicină și Farmacie Cluj Napoca (prof. dr. Ciuce Constantin) în octombrie 2005.

3.2. Variabile și instrumente de lucru aplicate

Variabile demografice

Dintre variabilele demografice am procedat la măsurarea vîrstei, sexului, domiciliului, studiilor, situației familiale și etniei.

Potrivit acestui set de variabile, am ales să lucrăm cu următoarele grupe:

- a) vîrstă: **0**: 18–35 ani; **1**: 36–65 ani; **2**: peste 65 ani
- b) domiciliu: **1**: oraș mare; **2**: oraș mic; **3**: mediu rural
- c) etnie: **1**: română; **2**: maghiară; **3**: alta
- d) stare civilă: **1**: necăsătorit; **2**: căsătorit; **3**: divorțat; **4**: văduv
- e) studii: **1**: mai puțin de opt clase; **2**: gimnaziu; **3**: școală profesională; **4**: liceu cu profil profesional; **5**: liceu teoretic; **6**: universitate.

Participanții la cercetare și-au evaluat propria situație materială, grad de satisfacție și fericire, relația cu copilăria și cu părinții în acea perioadă, gradul de mulțumire față de terapie, considerate drept componente reale sau virtuale ale calității vieții (Kopp, Skrabski și Székely, 2006b). Evaluarea s-a făcut pe o scară de la 0–10, unde 0: foarte rău/ total nemulțumit și 10: foarte bun/ foarte mulțumit. Pe baza evaluării situației materiale, am grupat pacienții în trei categorii: 0: situație socio-economică proastă; 1: medie, 2: bună.

Variabile medicale

Potrivit normelor aprobării comisiilor de etică, medicii curanți ai subiecților au completat un scurt chestionar, conținând zece întrebări referitoare la tipul tumorii (0: benign; 1: malign), stadiul tumorii (0: nu a răspuns/nu este cazul; 1: stadiul I; 2: stadiul II; 3: stadiul III; 4: stadiul IV), localizarea tumorii (20 categorii de localizare), modalitățile de tratament (intervenție chirurgicală,

chemoterapie, radioterapie: 0: nu; 1: da). De asemenea, am cules informații legate de cunoașterea și necunoașterea diagnosticului de către pacient (0: nu; 1: da). În privința stabilirii stadiilor, ne-am folosit de sistemul elaborat de Uniunea Internațională contra Cancerului, (clasificare conform TNM, T:tumor/N:nodus/ M:metastasis), care propune un set de patru stadii clinice ale bolilor oncologice, marcate cu cifre romane, în funcție de mărimea tumorii, afectarea glandelor proxime și metastazele de la nivelul organelor îndepărtate. Astfel: I marchează stadiul primar, iar IV stadiul terminal al bolii. Chestionarul adresat medicilor include o întrebare detaliată – cu o listă de 20 puncte – cu privire la localizarea tumorii. Pentru o căt mai clară și precisă analiză statistică și interpretare, am recurs la analiza celor patru cele mai frecvente boli tumorale: 1: cancer mamar; 2: cancer de col uterin; 3: cancer pulmonar; 4: cancer de colon; 5: alte neoplasme.

O întrebare auxiliară adresată pacienților vizează reacția lor în momentul aflării diagnosticului oncologic (1: a fost cuprins de disperare; 2: s-a hotărât că vrea să se vindece cu orice preț; 3: nu contează dacă se vindecă sau nu; 4: acceptă mâna destinului; 5: se întoarce către Dumnezeu pentru a se vindeca), respectiv dacă aceștia pot asocia boala cu un eveniment de viață (0: nu; 1: da).

Variabile ale stilului de viață

Întrebările noastre s-au referit și la obiceiurile legate de consumul de alcool sau tutun:

„Cât de des consumați mai mult de 5 (la femei 4) halbe de bere, sau 5 (4) pahare de vin, sau 5 (4) pahare de tărie consecutiv?”

0: niciodată; 1: lunar; 2: săptămânal.

„În prezent sunteți fumător?”

0: nu; 1: da.

Frecvența activităților fizice a fost măsurată cu următoarea întrebare:

„Cât de des vă implicați în activități fizice care să vă provoace un ritm cardiac mai alert timp de minim 10 minute?”

0: niciodată; 1: rar; 2: săptămânal/zilnic.

Variabile și scale psihosociale

Studiul sintetic al lui Gotay și Stern (1995), care ia în vizor metodologiile aplicate în cercetările și studiile publicate în *Journal of Psychosocial Oncology*, arată că, în cercetarea psiho-oncologică, evaluarea stării psihologice și psihiatrică a pacienților cu cancer se face, cel mai frecvent, cu ajutorul Inventarului de depresie Beck (BDI – Beck Depression Inventory), respectiv cu Inventarul de anxietate Spielberger (STAI – State–Trait Anxiety Inventory).

Sindromul depresiv l-am măsurat prin aplicarea Inventarului scurt de depresie Beck – Shortened Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock și Erbaugh, 1961; Kopp și colab., 1998; Kopp, Skrabski și Szedmák, 2000b). Datorită particularităților psihometrice excelente, acest inventar este un instrument de măsurare util și eficient în depistarea și evaluarea depresiei, atât la nivelul populației generale, cât și la acela al populației clinice (Kopp și Réthelyi, 2004a; Lasa, Ayuso–Mateos, Vazquez–Barquero, Diez–Manrique și Dowrick, 2000; Rózsa, Szádóczky și Füredi, 2001).

Componentele tabloului clinic al sindromului depresiv sunt: izolarea socială, incapacitatea decizională, tulburări ale somnului, oboseală accentuată, reacții exagerate la simptome fizice minore, incapacitatea de muncă, lipsa capacitatei de a se bucura, autoculpabilizarea. Varianta scurtă a scalei de depresie cuprinde nouă puncte (de exemplu: „*Mă acuz tot timpul și cred că sunt vinovat.*”), cu un punctaj de la 0–3 (0: nu mă caracterizează deloc; 1: mă caracterizează puțin; 2: mă caracterizează destul de bine și 3: mă caracterizează pe deplin). Pe baza valorilor atinse (0: punctaj minim și 60: punctaj maxim), categoriile de gravitate a depresiei, conform Inventarului scurt de depresie Beck (BDI) sunt: 0–9 puncte: nu este depresiv; 10–18 puncte: suferă de un sindrom depresiv ușor; 19–25 puncte: suferă de un sindrom depresiv mediu; punctajele de peste 26 indicând un sindrom depresiv grav (Cronbach alpha=0,86). Validarea clinică a depresiei indică prezența unei depresii clinice de la valoarea de 19 puncte (Rózsa și colab., 2006).

Din Inventarul de anxietate Spielberger – State–Trait Anxiety Inventory (Sipos și Sipos, 1983; Spielberger, Gorsuch și Lushene, 1970) – am utilizat scala menită să măsoare anxietatea ca trăsătură de personalitate (STAI-T), cu scopul evaluării tendințelor anxiioase. Cele 20 puncte (de exemplu: „*Am sentimentul că numeroasele mele probleme nerezolvate mă copleșesc.*”) au putut fi evaluate pe o scară de la 1 la 4: 1: nu mă caracterizează deloc; 2: mă caracteri-

zează puțin; 3: mă caracterizează destul de bine; 4: mă caracterizează pe deplin. Valoarea minimă care poate fi atinsă pe scala de anxietate este 20, cea maximă 80 puncte (Cronbach alpha=0,84).

Scala de pesimism Beck – Shortened Hopelessness Scale (Beck, Weissman, Lester și Trexler, 1974; Perczel–Forintos, Sallai și Rózsa, 2001) – a fost concepută și elaborată cu scopul evaluării tendințelor suicidale, pesimismul și dez-nădejdea fiind cei mai importanți factori predictori ai suicidului. Varianta utilizată în cercetarea noastră conține patru puncte (de exemplu: „*Lucrurile nu vor evolua niciodată aşa cum îmi doresc eu.*“) (Rózsa și colab., 2006) posibilitățile de răspuns variind pe o scară de la 0–3, unde: 0: nu mă caracterizează deloc; 1: mă caracterizează puțin; 2: mă caracterizează și 3: mă caracterizează pe deplin (0=punctaj minim și 12=punctaj maxim; Cronbach alpha=0,86).

Chestionarul de epuizare vitală Appels – Shortened Vital Exhaustion Questionnaire (Appels și Mulder, 1988; Kopp și colab., 1998) – include zece puncte (de exemplu: „*Simțiți vreodată că trupul dvs. este ca o baterie descărcată?*“), cu un punctaj de la 0–2 (0: nu; 1: nu știu; 2: da; min. 0 – max. 20 puncte; Cronbach alpha=0,81). Epuizarea vitală este cel mai eficient instrument de măsurare a stresului cronic, care reprezintă factorul de risc cel mai important al instaurării bolilor (Rózsa și colab., 2006).

Chestionarul de stres și al evenimentelor de viață Rahe – Rahe's Brief Stress and Coping Inventory/Life Events Rating Scale – ne-a fost util în evaluarea evenimentelor de viață (Rahe și Tolles, 2002). Chestionarul cuprinde 16 puncte care sunt menite să măsoare evenimentele de viață din ultimii trei ani (de exemplu, decesul partenerului de viață, degradarea stării socio-economice) (0=punctaj minim și 16=punctaj maxim; Cronbach alpha=0,55).

Scala de singurătate socială și emoțională pentru adulți Di'Tommaso – Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (Di'Tommaso și Spinner, 1993; Vargha, 2001) – a fost utilizată pentru măsurarea nivelului de insatisfacție în legătură cu suportul familial. Subcapitolul referitor la evaluarea calității relațiilor intrafamiliale cuprinde 11 asertioni (de exemplu: „*Nimeni din familia mea nu-mi acordă sprijinul și suportul de care am nevoie.*“) și acestea sunt evaluate de subiecți pe o scară de la 1 la 7, unde: 1: nu mă caracterizează deloc și 7: mă caracterizează pe deplin (11=punctaj minim și 77=punctaj maxim; Cronbach alpha=0,85).

Scala multidimensională al modalităților de control Wallston – Multidimensional Health Locus of Control Scale (Vargha, 2006; Wallston, Wallston și DeVellis, 1978) – a fost utilizat la evaluarea controlului exterior. Astfel, pacienților li s-a solicitat să se pronunțe asupra factorilor care influențează evoluția bolii și anume medicul (3 itemi) și/sau altă persoană (3 itemi), respectiv dacă progresia canceroasă este complet independentă de voință, comportamentul și capacitatele proprii. Atitudinea persoanelor față de controlul exterior a fost testată prin utilizarea a șase aserțiuni (de exemplu: „*Vindecarea mea se datorează îngrijirii venite din partea altor persoane.*”), care au fost evaluate pe o scară de la 1 la 6, unde 1: nu sunt de acord deloc și 6: sunt total de acord (control exterior– medic: min. 3 – max. 18 puncte; control exterior– alții: min. 3 – max. 18 puncte; Cronbach alpha=0,68).

Scala Devins de evaluare a intruzivității bolii – Illness Intrusiveness Rating Scale (Devins, Hunsley, Mandin, Taub și Paul, 1997; Novák, Szeifert și Mucsi, 2006a) – este un instrument de lucru care urmărește să cartografieze măsura în care boala și/sau terapia influențează cele 13 domenii ale calității vieții (de exemplu: „*În ce măsură boala sau tratamentul afectează diferite domenii ale vieții dvs.?*”): sănătate, nutriție, muncă, odihnă activă, odihnă pasivă, situația socio-economică, relația partenerială, viața sexuală, relațiile familiale, alte relații sociale, capacitatea asertivă, religia, activitățile comunitare și cetățenești. Cele 13 întrebări pot fi circumschise prin trei factori: relații și dezvoltare personală, intimitate și instrument (Perczel, Kiss și Ajtay, 2005). Chestionarul evaluează, pe o scară de la 0–7 (0: deloc, respectiv 7: în totalitate), măsura în care boala intervine și restricționează viața cotidiană, calitatea vieții de zi cu zi (0=punctaj minim și 91=punctaj maxim; Cronbach alpha=0,89).

Inventarul strategiilor de coping Folkman și Lazarus – Shortened Ways of Coping Questionnaire (Folkman și Lazarus, 1980; Kopp și Skrabski, 1992) – investighează strategiile cognitive și/sau comportamentale ale indivizilor în situații de stres. Varianta care are 22 puncte (de exemplu: „*Mi-am spus că tot răul e spre bine și am încercat să văd partea plină a paharului.*”) include șapte factori de soluționare a conflictelor: analiza problemei, acțiunea hotărâtă, acțiunea emoțional-afectivă, adaptarea, solicitarea de ajutor, căutarea unui echilibru emoțional, retragerea/izolarea. Primii doi factori vizează coping-ul centrat pe problemă (problem-focused coping; 7 puncte), iar ceilalți factori se încadrează la coping-ul afectiv (emotion-focused coping; 15 puncte). Răs-

punsurile pot primi un scor de la 0–3 (0: nu a fost caracteristic; 1: a fost puțin caracteristic; 2: a fost caracteristic și 3: a fost foarte caracteristic; min. 0 – max. 21 puncte la coping-ul centrat pe analiza problemei și min. 0 – max. 45 puncte în cazul coping-ului afectiv; Cronbach alpha=0,81).

Scala sentimentului de coerență Rahe – Rahe's Brief Stress and Coping Inventory/Sense of Coherence Scale – ne-a furnizat întrebările prin care am măsurat sentimentul de coerență – (Rahe și Tolles, 2002; Skrabski și colab., 2004b). Cuestionarul cu șapte puncte (de exemplu: „*Am sentimentul că viața mea face parte dintr-un plan mai amplu.*”) a fost denumit de autorul lui scala „*roșul vieții*” și cuprinde următoarele posibilități de răspuns: 0: nu; 1: da, uneori; 2: da, mereu (min. 0 – max. 14 puncte; Cronbach alpha=0,64).

Scala de autoeficacitate Schwarzer– Shortened Generalized Self-Efficacy Scale (Kopp, Schwarzer și Jerusalem, 1993b; Schwarzer, 1993) – include patru puncte (de exemplu: „*Sunt sigur că mă descurc bine în situațiile imprevizibile.*”), cu posibilități de punctare între 0–3 (0: nu sunt de acord deloc; 1: mai degrabă nu sunt de acord; 2: mai degrabă sunt de acord și 3: sunt complet de acord; min. 0 – max. 12 puncte; Cronbach alpha=0,74).

Evaluarea religiozității s-a făcut prin întrebarea: „*Practicați vreo religie și dacă da, cum anume?*”. Posibilitățile de răspuns au fost: 0: nu sunt credincios; 1: nu-mi practic religia; 2: îmi practic religia în felul meu; 3: îmi practic religia rar, la biserică; 4: îmi practic religia sistematic, la biserică.

Pentru investigarea stării de sănătate am formulat următoarea întrebare: „*Cum apreciați starea dvs. de sănătate în ansamblu?*”. Răspunsurile s-au situat pe o scară de 5, unde 1: foarte proastă și 5: excelentă. În analiza statistică am grupat răspunsurile în trei categorii analitice: 0: stare de sănătate bună/excelentă; 1: medie; 2: proastă/foarte proastă.

Scala de atitudini disfuncționale Weissman – Shortened Dysfunctional Attitude Scale (Kopp și Fóris, 1993a; Weissman, 1979) – este utilizată în analiza stilurilor cognitive, în special în identificarea distorsiunilor cognitive care predispus la depresie sau la sindrom depresiv (Perczel, Kiss și Ajtay, 2005). Scala conține șapte puncte (de exemplu: „*Dacă iubirii mele nu se răspunde cu același sentiment, atunci înseamnă că nu sunt demn de iubire.*”), cu scoruri de la 0–3 (0: nu sunt de acord deloc; 1: mai degrabă nu sunt de acord; 2: mai degrabă sunt de acord și 3: sunt complet de acord; min. 0–max. 21 puncte; Cronbach alpha=0,64).

Chestionarul de personalitate tipul-D Denollet – Shortened Type-D Scale (Denollet, 1998) – include șapte puncte (de exemplu: „*Mă simt adeseori timid în interacțiunile mele sociale*.”), cu răspunsuri punctate de la 0–3 (0: nu mă caracterizează deloc; 1: mă caracterizează puțin; 2: mă caracterizează și 3: mă caracterizează complet; min. 0–max. 21 puncte; Cronbach alpha=0,75). Timiditatea în relaționările sociale este considerată o determinantă a stărilor afective negative și a sentimentelor negative (Rózsa și colab., 2006).

În sfârșit, trebuie menționat și faptul că traducerea scalelor și chestionarelor din limba maghiară în limba română s-a făcut conform protocoalelor standard. În procesul traducerii au conlucrat patru psihologi și sociologi independenți, provenind din colectivul de cadre de la Universitatea Babeș-Bolyai, cu abilități bilingve perfecte, iar varianta finală a fost lecturată și avizată și de un lingvist.

Chestionarul calității vieții

În planificarea metodologică a cercetării calității vieții la pacienții de la oncologie, se impune selectarea chestionarului cel mai adevarat din punct de vedere clinic (reliabilitate/încredere și validitate), care trebuie apoi completat cu câteva întrebări legate de boala tumorală și tratament (Cella, 1998). În cercetarea noastră clinică am ținut cont de această prevedere, precum și de alte recomandări de ordin metodologic (Novák, Stauder și Mucsi, 2006b). Prin urmare, am utilizat o variantă combinață a unui chestionar general asupra calității vieții (Scala Devins de evaluare a intruzivității bolii), respectiv a unei specific (FACT-G 4.0), adăugând un segment menit să evalueze și să măsoare starea de sănătate globală.

Am luat în calcul și posibilitatea de a obține, în evaluarea calității vieții, rezultate divergente, în funcție de tipul de întrebare: dacă aceasta se referă la perceperea stării de boală (de exemplu: „*Cât de des aveți dureri?*” sau: „*Cât ați dormit?*”), sau la evaluarea situației (de exemplu: „*Cât de mulțumit sunteți de modalitățile de calmare a durerii?*”), sau: „*Cât de mulțumit sunteți de cum dormiți?*” (Ferrans, 2005). Scala de măsurare a calității vieții care s-a aplicat în această cercetare (FACT-G 4.0) ține deopotrivă cont de informațiile legate de percepția bolii și de cele care țin de evaluarea situației (Cella, 1997; Cella și colab., 1993).

În general, chestionarele completate de pacient sunt instrumentele cel mai frecvent utilizate în măsurarea calității vieții. Pe plan global, cele mai utilizate chestionare în cercetarea psiho-oncologică sunt FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy-General), respectiv EORTC QLQ-C30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Questionnaire) (Holzner și colab., 2006). Varianta originală a Chestionarului FACT-G a fost elaborată începând din 1987, în 1993 ea a fost validată pentru prima oară, devenind apoi un instrument standard al cercetărilor clinice de pretutindeni. Elaborarea chestionarului s-a realizat prin interviewarea a 15 oncologi, respectiv a 45 de pacienți, aflați în stadiile II și III ale cancerului mamar, pulmonar sau de colon, întrebările vizând problemele și necesitățile cele mai importante care privesc calitatea vieții bolnavilor. Punctele considerate relevante au fost apoi selectate de către alți 90 de pacienți (30 cu cancer pulmonar, 30 cu cancer mamar, 30 cu cancer de colon), care au ordonat întrebările și aserțiunile în funcție de relevanță (Cella și colab., 1993).

In studiul nostru asupra calității vieții pacienților de la oncologie, am utilizat instrumentul de lucru multidimensional FACT-G 4.0. Varianta a patra a FACT-G a fost validată în 1999 (Webster, Odom, Peterman, Lent și Cella, 1999), fiind tradusă, până în prezent, în 50 de limbi, printre care limbile română și maghiară (Eremenco, Chang, Lent și Cella, 1999a; Eremenco și colab., 1999b). FACT-G 4.0 măsoară calitatea vieții pe parcursul săptămânii anterioare înregistrării răspunsurilor. Scala cuprinde patru module care evaluatează: Starea de bine fizică (Physical Well-Being-PWB); Starea de bine socială/familială (Social/Family Well-Being-SWB); Starea de bine emoțional-afectivă (Emotional Well-Being-EWB) și Starea de bine funcțională (Functional Well-Being-FWB). Scala cu 27 itemuri (de exemplu: „În prezent sunt mulțumit de calitatea vieții mele.”), posibilitățile de răspuns fiind cotate între 0-4 puncte (0: nu mă caracterizează deloc; 1: mă caracterizează puțin; 2: mă caracterizează într-o oarecare măsură; 3: mă caracterizează destul de bine și 4: mă caracterizează foarte bine). În cazul unor răspunsuri lipsă, chestionarul poate fi totuși acceptat și prelucrat dacă la nivelul scalei există cel puțin 80% din răspunsuri (s-a răspuns la cel puțin 22 din 27 itemuri), respectiv dacă la nivelul modulelor există peste 50% răspunsuri date (s-a răspuns la cel puțin patru din şapte sau şase itemuri) (Webster, Cella și Yost, 2003).

Se pot calcula punctaje de calitate a vieții globale, respectiv pe dimensiuni: pe scala calității vieții (FACT-G: 27 itemuri sau puncte; 0=punctaj min. și

108=punctaj max.), respectiv pe modulul stării de bine fizice (PWB: șapte puncte; 0=punctaj min. și 28=punctaj max.), pe modulul stării de bine sociale/familiale (SWB: șapte puncte; 0=punctaj min. și 28=punctaj max.), pe modulul stării de bine emoționale (EWB: șase puncte; 0=punctaj min. și 24=punctaj max.) și pe modulul stării de bine emoționale (FWB: șapte puncte; 0=punctaj min. și 28=punctaj max. (Webster, Cella, Yost și 2003). Pentru facilitarea evaluării și interpretării rezultatelor și punctajelor obținute prin aplicarea Chestionarului FACT-G 4.0, autorii au elaborat și publicat, în 2005, un sistem normativ de referință (Brucker, Yost, Cashy, Webster și Cella, 2005). Pentru elaborarea acestuia, au fost interviewați 1.075 adulți sănătoși și 2.236 pacienți cu tumori având localizări diverse (în special tumori cu localizare mamară, pulmonară, la nivelul colonului, capului și al gâtului), scopul interviului fiind acela de a studia și compara diferențele de calitate a vieții la aceste două grupuri. Tabelul de mai jos prezintă media și limitele punctajelor normative ale scalei FACT-G 4.0 și a modulelor ei, respectiv indicatorii de încredere din cercetarea originară și cea actuală (vezi tabelul 1.).

Tabelul 1. Valorile normative și indicatorii de încredere
ai Scalei de măsurare a calității vieții FACT-G 4.0

Dimensiunile calității vieții	Numărul punctelor, itemurilor	Limite de valori min.-max.	Punctajul mediu (SD) al valorilor normative	Cronbach alpha originar	Cronbach alpha actual
Starea de bine fizică	7	0-28	21,3±6,0	0,82	0,87
Starea de bine socială/familială	7	0-28	22,1±5,3	0,69	0,77
Starea de bine emoțional-afectivă	6	0-24	18,7±4,5	0,74	0,70
Starea de bine funcțională	7	0-28	18,9±6,8	0,80	0,83
Calitatea vieții	27	0-108	80,9±17,0	0,89	0,70

Sursa: Brucker și colaboratorii, 2005, 205.

În cercetarea noastră clinică, consistența internă a FACT-G 4.0 este corespunzătoare: ea se află între limitele normale atât la nivelul întregii clase, cât și la nivelul modulelor stărilor de bine.

Avantajul absolut al chestionarelor de calitate a vieții specifice este că simptomele și problemele caracteristice tabloului clinic respectiv prevalează. Dezavantajul lor cel mai mare este însă hipersenzitivitatea, în sensul că nu

toate diferențele semnificative statistic semnalează și diferențe semnificative clinic (Novák, Stauder și Mucsi, 2006b). Așadar, una din provocările scalelor calității vieții rezidă în determinarea gradului și măsurii în care diferențele de puncte și de valori, semnificative sub unghi statistic, au o relevanță din punct de vedere subiectiv, clinic. Rezultatele lui Cell, Hahn și Dineen (2002b) au demonstrat că îmbunătățiri și creșteri relativ modeste ale calității vieții sunt semnificative din punct de vedere clinic, însă deprecieri moderate ale acesteia nu prezintă aceeași semnificație clinică. Mai precis, pe Scala FACT-G 4.0, diferențele de 5–6, respectiv de 8–10 puncte sunt semnificative clinic, în ceea ce privește ameliorarea, respectiv degradarea, deteriorarea calității vieții. La modulele stării de bine fizice, emoționale și funcționale, diferența cu semnificație clinică se situează la valoarea de 2–3 puncte. În privința stării de bine sociale/familiale, datele sunt ambivale. În cercetarea lui Cell, Hahn și Dineen (2002b) au participat 308 de pacienți, din care 33% aveau cancer pulmonar, 25% – cancer mamar, 19% – cancer de colon, 14% – cancer de prostată și 9% – tumorii maligne la nivelul capului și al gâtului.

În concluzie, se pare că pacienții cu boli oncologice tind să suporte mai multe schimbările negative în privința calității vieții, minimalizând evaluările negative la adresa stării lor de sănătate, în perspectiva unor viitoare beneficii sau evoluții pozitive. În același timp, ei se entuziasmează cel mai mult atunci când intervin îmbunătățiri de ordin statistic în evoluția calității vieții. Autorii studiului de mai sus explică aceste rezultate prin distorsiunile evidente care intervin în modul de reacționare a pacienților cu cancer, altfel spus, în lupta cu boala cronică aceștia mobilizează resurse fizice și emotionale imense, ceea ce face ca o minimă schimbare pozitivă să capete semnificație clinică, subiectivă.

Trebuie, în sfârșit, subliniat că utilizarea scalelor calității vieții are și dezavantaje specifice. Pe de o parte, aceste instrumente nu pot măsura diferențele dintre grupurile stabilite după criteriul variabilelor somatice (de exemplu, stadiul tumorii), pe de altă parte, aplicarea lor induce o subrepräsentativitate a stării de bine sociale, parteneriale (Cella, 1998).

3.3. Metode statisticice aplicate

Analiza statistică a fost efectuată cu programul SPSS 15.0 și AMOS 7.0, metodele utilizate fiind: analiza statistică corelațională, coeficientul de corelație

parțială (partial correlation), analiza covariantei, analiza de regresie logistica, regresia liniară și analiza path (path analysis).

Corelațiile, direcția și forța relațiilor dintre variabilele studiate s-au analizat prin analiza statistică corelațională/ calcule de corelație parțială. Corelațiile dintre variabilele analizate, direcția și forța acestor corelații au fost măsurate cu ajutorul coeficientului de corelație parțială. În cercetarea noastră, prin analizele de corelație parțială am filtrat efectul următorilor factori: vârstă, sexul, domiciliul, educația, situația familială, situația socio-economică, religiozitatea, etnia, cunoașterea diagnosticului, tipul tumorii, localizarea ei, tratamente, respectiv autoevaluarea stării de sănătate și reacția la diagnostic. Valoarea coeficientului de corelație liniară Pearson (marcat prin: r) a fost interpretată, în funcție de direcția și intensitatea relației, astfel: $r=1$, relație perfect pozitivă; $r<1$, respectiv $r \geq 0,7$, relație puternic pozitivă; $r<0,7$, respectiv $r \geq 0,2$ relație pozitivă medie; $r<0,2$, respectiv $r>0$, relație pozitivă slabă; $r=0$ nu există relație liniară; $r<0$, respectiv $r<-0,2$, relație negativă slabă; $r \geq -0,2$, respectiv $r<-0,7$, relație negativă medie; $r \geq -0,7$, respectiv $r<-1$, relație puternic negativă; $r=-1$, relație perfect negativă (Sajtos și Mitev, 2007).

Esența și avantajul analizei covariantele este că, prin analiza variației cu 95% interval de confidență, am putut detecta efectul unor factori care pot influența, alături de factorii de analiză, variabila dependentă. Prin urmare, rolul factorilor psihosociali secundari a putut fi analizat cu acuratețe, doar dacă am standardizat datele în privința factorilor demografici și medicali, excludând efectul independent al acestora. Pe tot parcursul cercetării noastre, analizele de varianță au inclus următoarele covariabile: vârstă, sexul, domiciliul, educația, situația familială, situația socio-economică, religiozitatea, etnia, cunoașterea diagnosticului, tipul tumorii, localizarea tumorii, tratamentele aplicate, respectiv autoevaluarea stării de sănătate și reacția la diagnostic. Post-testarea s-a realizat cu ajutorul metodei Bonferroni. Proporția pătratului de diferență inter- și intragrupală a fost prezentat prin cota F .

Corelația dintre variabilele demografice, medicale, de stil de viață și psihosociale a fost analizată cu ajutorul regresiei logistice bivariate (cu 95% interval de confidență), variabila dependentă a fost binară, având deci două ieșiri. Prin analiza regresivă logistică se pot identifica acei factori (variabile independente), care diferențiază în mod semnificativ cele două grupuri (variabila dependentă). Am apelat la indicatorul pătratului R de tipul Nagelkerke,

atunci când am dorit să determinăm cât din varianța variabilei dependente se poate explica prin combinarea variabilelor independente.

Analiza de regresie liniară multivariată a facilitat studierea tendințelor corelaționale, a naturii acestor relații, astfel încât am stabilit corelațiile dintre variabile (care sunt variabile dependente și care sunt independente). Pornind de aici, am estimat acuratețea și exactitatea cu care variabilele explicative pot determina valoarea variabilei dependente, respectiv măsura în care acestea pot diminua greșelile de estimare. În elaborarea modelului regresiv, am aplicat procedura pas cu pas (stepwise linear regression), ținând cont de recomandările literaturii de specialitate (Sajtos și Mitev, 2007). Cu ajutorul coeficientului determinativ liniar ajustat (marcat prin: R^2), am stabilit ce proporție din varianța variabilei dependente poate fi explicată prin variabilele independente incluse în model. Coeficientul determinativ exprimă, potrivit literaturii de specialitate, forța explicativă a modelului regresiv, respectiv al variabilelor acestui model. Valoarea coeficientului determinativ variază între 0 și 1: cu cât valoarea r^2 este mai mare, cu atât potrivirea, integrarea funcției regresive este mai bună. Testarea semnificației r^2 s-a făcut prin testul F. Coeficientul de regresie standardizat, greutatea sau coeficientul beta, (marcat prin: β), arată panta liniei de regresie în cazul standardizării datelor. Pentru depistarea și verificarea multicoliniarității care intervine în analiza de regresie multivariată, am aplicat indicatorul VIF (Variance Inflation Factor). Multicoliniaritatea puternică dintre variabilele explicative sugerează că variabilele măsoară, analizează fenomene similare. Conform literaturii de specialitate, se presupune că multicoliniaritatea puternică intervine atunci când valoarea indicatorului VIF depășește 10 (Meyers, Gamst și Guarino, 2006). În cercetarea noastră am utilizat valoarea de coliniaritate cea mai conservatoare, adică $VIF \geq 2,5$. Variabilele categoriale independente (având mai mult de două categorii) au fost incluse în analiza de regresie după o etapă de lucru cu variabile dummy, urmărind, din nou, indicațiile literaturii de specialitate (Meyers, Gamst și Guarino, 2006).

Alături de analizele statistice multivariate obișnuite, am recurs și la analiza path (path analysis). Pentru construirea modelelor empirice de pathuri, drumuri, am folosit software-ul AMOS 7.0 care, deși ilustrează într-un mod mult mai verosimil corelațiile complexe, cum ar fi regresia liniară, este o procedură orientativă, de descoperire, dat fiind faptul că în literatura psihoncologică nu există modele unanim acceptate și validate în cercetarea problemelor

abordate de noi. Astfel, modelele de pathuri propuse și construite de noi explică procesele care intervin între factorii analizați, iar nu cauza acestora. Pentru verificarea integrării modelelor de drumuri, am aplicat următoarele criterii globale, respectiv următoarele limite valorice minime (Sajtos și Mitev, 2007): pătratul Chi $>0,05$; pătratul Chi/df (diferența de model minimală împărțită la gradul de libertate); CMIN/df ≤ 5 ; indicele de integrare normal: NFI $\geq 0,90$; indicele de integrare comparativ: CFI $\geq 0,90$; RMSEA $<0,08$ (factorul de abatere dintre matricea covarianțială observată și cea estimată). La intensitatea drumurilor directe și indirekte am luat în considerare nivelele de semnificație uzuale. Pe diagramele modelelor de path, intensitatea și direcția corelațiilor dintre factori sunt indicate prin săgeți. În cazul săgeților drepte, coeficientul β , adică coeficientul regresiv multiplu standardizat, arată puterea, intensitatea acestor corelații. Sägeata dublă și curbă arată coeficientul de corelație Pearson. Sägețile șterse reprezintă nivelele de semnificație tendențiale. Vârfurile mărunte de săgeți reprezintă eroarea de calcul și partea neexplicată a varianței.

Nu trebuie trecut cu vederea nici faptul că, pentru analiza statistică a datelor privitoare la calitatea vieții, literatura de specialitate recomandă o prelucrare simplă, clară, verificabilă a datelor, deoarece este esențial ca datele statistice să reflecte nu modul prelucrării lor, ci ceea ce se întâmplă în realitate cu pacienții cu tumori (Montazeri, 2008b). În această cercetare, analiza statistică multivariată – modelul regresiv și analiza path – s-a realizat pe baza premiselor teoretice ale lui Devins (1994b). În concepția lui – validată ulterior prin mai multe grupuri de bolnavi cronici – factorii legați de boală (de exemplu, tipul, localizarea, stadiul tumorii) sau de tratament (de exemplu, intervenția chirurgicală, radio- și/sau chemoterapia) influențează în mod indirect starea de bine subiectivă și, implicit, calitatea vieții, în timp ce intruzivitatea maladiei și factorii psihosociali (cum ar fi depresia, anxietatea, epuizarea vitală) își exercită efectele și influența în mod direct, nemijlocit. Așadar, factorii psihosociali intervin pe două căi în evoluția calității vieții: indirect, prin acțiunea factorilor demografici și medicali, respectiv în mod direct (Devins, 1994b).

4. Rezultate

4.1. Cunoașterea diagnosticului tumoral

Potrivit declarațiilor medicilor curanți, 83,1% (n=343) dintre pacienții din eșantionul studiat își cunosc diagnosticul oncologic, iar 16,9% (n=70) nu îl cunosc. În cazul a șapte pacienți, nu avem informații legate de cunoașterea diagnosticului. Analiza comparativă a datelor relevă o legătură semnificativă între necunoașterea diagnosticului și vârstă ($p<0,01$), domiciliu ($p<0,05$), nivel de educație ($p<0,0001$), localizarea tumorii ($p<0,01$), chemoterapie ($p<0,0001$), depresie ($p<0,0001$), deznădejde, pesimism ($p<0,05$), capacitate de rezolvare a problemelor ($p<0,05$), respectiv evenimente de viață ($p<0,01$) (vezi tabelele 2. și 3.). În analiza noastră comparativă nu am găsit corelații semnificative între sex, statut marital, situație financiară, religiozitate, etnie, stadiul bolii, intervenție chirurgicală, radioterapie, respectiv lipsa informațiilor legate de boală. Aceste rezultate nu sunt incluse într-un tabel. În comparație cu pacienții informați, vârsta pacienților neinformați despre propriul diagnostic este semnificativ mai mare (vârstă medie 56,58 vs. 50,98; $p<0,01$), aceștia locuiesc, în general, în mediul rural sau în orașe agrare mici (87,1% vs. 72,8%; $p<0,05$), nivelul lor de educație este, de obicei, elementar (63,8% vs. 40,2%; $p<0,0001$), numărul celor care nu beneficiază de chemoterapie este aproape dublu față de cei care au parte de acest tip de tratament (53,6% vs. 27,2%; $p<0,0001$ (vezi tabelul 2.). Cel mai mare număr de pacienți neinformați provin din rândurile celor suferinți de cancer pulmonar, în comparație cu cei diagnosticați cu cancer de colon, de col uterin, mamar sau alte tipuri de neoplasme.

Rezultatele analizei varianței (ajustată la factorii demografici și oncologici importanți) în funcție de factorii psihosociali studiați arată că, față de pacienții care își cunosc diagnosticul, pacienții care nu își cunosc diagnosticul sunt semnificativ mai depresivi (punctaj mediu 26,35 vs. 19,12; $p<0,0001$), mai pesimisti (punctaj mediu 4,97 vs. 3,90; $p<0,05$) și au un nivel mult mai scăzut

de coping și capacitate de rezolvare de probleme (punctaj mediu 8,16 vs. 9,50; $p<0,05$). În același timp, aceștia din urmă raportează un număr mai mare de evenimente de viață negative (2,02 vs. 2,85; $p<0,01$) (vezi tabelul 3.).

Tabelul 2. Analiza comparativă a cunoașterii și necunoașterii diagnosticului tumoral, în funcție de factorii demografici și medicali cercetați

Factori studiați (semnificativi)	Nu își cunoaște diagnosticul (n=70)	Își cunoaște diagnosticul (n=343)	Sig. p
Vârstă	Medie (SE) 56,58 (1,68)	Medie (SE) 50,98 (0,76)	<0,01
Domiciliu	n (%)	n (%)	<0,05
Orașe mari	9 (12,9)	93 (27,3)	
Orașe mici	29 (41,4)	138 (40,5)	
Sate	32 (45,7)	110 (32,2)	
Lipsă date (n=9)			
Educație	n (%)	n (%)	<0,0001
Sub 8 clase	16 (23,2)	24 (7,0)	
8 clase	14 (20,3)	33 (9,7)	
Școală profesională, de arte și meserii	14 (20,3)	81 (23,6)	
Bacalaureat – grup școlar profesional	7 (10,1)	56 (16,3)	
Bacalaureat – liceu	8 (11,6)	83 (24,2)	
Studii superioare, universitare	10 (14,5)	66 (19,2)	
Lipsă date (n=8)			
Localizarea tumorii	n (%)	n (%)	<0,01
Mamar	8 (11,4)	70 (20,8)	
Col uterin	6 (8,6)	42 (12,5)	
Bronhopulmonar	17 (24,3)	29 (8,6)	
Colon	5 (7,1)	38 (11,3)	
Altele (vezi eșantionul)	34 (48,6)	157 (46,8)	
Lipsă date (n=14)			
Chemoterapie	n (%)	n (%)	<0,0001
Nu	37 (53,6)	93 (27,7)	
Da	32 (46,4)	243 (72,3)	
Lipsă date (n=15)			

Obiectivul de bază al cercetării noastre este identificarea setului de factori demografici, medicali, sociali sau psihologici care sunt predictorii neinformării sau informării lacunare asupra diagnosticului oncologic. Potrivit rezul-

tatelor modelului regresiei logistice (R^2 Nagelkerke=0,407; $p<0,0001$ / valori binare: 0=da; 1=nu) – unde am studiat corelativ factorii demografici, medicali, sociali și psihologici –, riscul neinformării asupra diagnosticului onco-logic, respectiv al evitării informării este de 10,56 ori mai mare în cazul tumorilor maligne (95% CI 2,91–38,30; $p<0,0001$), de 5,14 ori mai ridicat în cazul depresiei grave (95% CI 1,70–15,51; $p<0,01$), și de 4,65 ori mai mare în cazul absenței chemoterapiei (95% CI 2,01–10,71; $p<0,0001$) (vezi tabelul 4.).

Tabelul 3. Analiza comparativă a cunoașterii și necunoașterii diagnosticului tumoral în funcție de factorii psihosociai cercetați

Factori studiați (semnificativi)	Nu își cunoaște diagnosticul (n=70)	Își cunoaște diagnosticul (n=343)	F	Sig. p
	Medie (SE)	Medie (SE)		
Depresie	26,35 (1,75)	19,12 (,75)	13,66	<0,0001
Categorii de depresie	n (%)	n (%)		
Normală (0–9 puncte)	14 (20,0)	106 (31,2)		
Non-clinică (10–18 puncte)	11 (15,7)	83 (24,4)		
Moderată (19–25 puncte)	13 (18,6)	56 (16,5)		
Severă (peste 26 puncte)	32 (45,7)	95 (27,9)		<0,05
Lipsă date (n=10)				
Pesimism, deznădejde	4,97 (,43)	3,90 (,18)	4,78	<0,05
Coping centrat pe problemă	8,16 (,56)	9,50 (,24)	4,56	<0,05
Numărul evenimentelor de viață negative	2,02 (,26)	2,85 (,11)	8,28	<0,01

Covariabile: vârsta, sexul, domiciliul, educația, situația familială, situația socio-economică, religiozitatea, etnia, tipul tumorii, localizarea tumorii, stadiul bolii, intervenția chirurgicală, chemoterapia și radioterapia.

Tabelul 4. Factorii prognostici semnificativi ai necunoașterii diagnosticului, după ajustarea la factorii demografici și medicali

Factori studiați (semnificativi)	Şansă relativă OR	Interval de încredere	
		95% minim-maxim	p
Tipul tumorii			
Malignă	10,56	2,91–38,30	<0,0001
Depresie			
Severă	5,14	1,70–15,51	<0,01

Factori studiați (semnificativi)	Şansă relativă OR	Interval de încredere		p
		95% minim-maxim		
Chemoterapie Nu a beneficiat	4,65	2,01 –10,71	<0,0001	

Notă – factorii nesemnificativi din analiza de regresie logistică: vârsta, sexul, domiciliul, educația, situația familială, situația socio-economică, religiozitatea, etnia, localizarea tumorii, stadiul bolii, intervenția chirurgicală și radioterapia.

Concluzii

În eșantionul de populație studiat, aproape fiecare al cincilea subiect (20%) este afectat de fenomenul necomunicării, al necunoașterii diagnosticului oncologic. Rezultatele cercetării noastre evidențiază diferențele esențiale care există între pacienții care își cunosc diagnosticul, respectiv cei care nu și-l cunosc. Pacienții care nu-și cunosc diagnosticul sunt, în general, mai în vîrstă, mai izolați, mai puțin educați și prezintă, într-o măsură semnificativ mai mare o simptomatologie depresivă, sunt mai pesimisti și au abilități de coping, de rezolvare de probleme mai reduse. Rezultatele analizei de regresie logistică sugerează că riscul necomunicării către pacient a informațiilor legate de diagnostic corelează cel mai puternic cu tipul tumorii (tumorile maligne), gravitatea depresiei asociate bolii, respectiv lipsa chemoterapiei.

4.2. Sindromul depresiv

Valoarea medie a scorului simptomelor depresive, pe tot eșantionul, este de $19,45 \pm 13,72$ (SD), punctajul maxim fiind 60. Punctajele medii ale Inventarului de depresie Beck (BDI), calculate în funcție de sex, tipul tumorii, stadiul bolii și localizare, sunt prezentate în tabelul 5. Conform categoriilor de depresie stabilite pe baza BDI, 29,7% (n=124) dintre pacienții studiați de noi nu sunt depresivi (BDI 0–9 puncte), 22,8% (n=95) suferă de depresie ușoară (BDI 10–18 puncte), 16,5% (n=69) suferă de depresie medie (BDI 19–25) și 31,0% (n=129) intră în categoria depresiei grave (BDI 26–60). Trei dintre pacienți au dat răspunsuri incomplete la întrebările referitoare la simptomele depresive. Frecvența depresiei semnificative clinic ($BDI \geq 19$) este de 47,5% (n=198), iar prevalența depresiei subclinice ($BDI \leq 18$) este de 52,5% (n=219). Procentul celor care probabil suferă de depresie clinică este de 85,4% (n=169).

în grupul pacienților cu tumori maligne, respectiv de 14,6% (n=29) la cei cu tumori benigne.

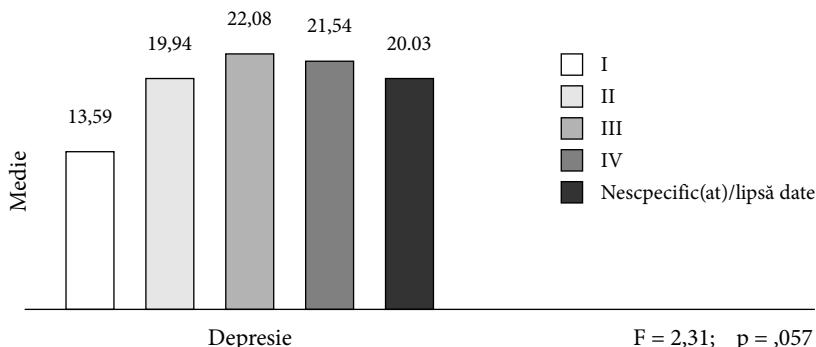
Tabelul 5. Descrierea punctajelor medii ale Scalei de depresie Beck (BDI), în funcție de tipul, stadiul și localizarea tumorii

Variabile	Medie BDI ± SD
Sexul	
Masculin	18,97±13,69
Feminin	19,81±13,76
Tipul tumorii	
Malignă	20,60±13,62
Benignă	14,44±13,08
Stadiul tumorii	
I	14,84±10,71
II	19,03±12,82
III	22,62±13,39
IV	21,73±13,43
Localizarea tumorii	
Mamar	19,25±13,48
Col uterin	18,73±12,05
Bronhopulmonar	21,64±13,51
Colon	20,05±14,58

Într-o primă etapă de analiză, am urmărit evoluția sindromului depresiv în funcție de factorii demografici, medicali, de stil de viață și psihosociali implicați. Am identificat corelații semnificative în privința stadiului bolii ($p<0,05$), a cunoașterii diagnosticului ($p<0,0001$), a reacției la diagnostic ($p<0,0001$), a stării de sănătate ($p<0,0001$), a activității fizice ($p<0,01$), respectiv a tuturor factorilor psihosociali luati în considerare (vezi diagramele 1., 2., 3., 4., 5., 6.).

Paralel cu avansarea bolii oncologice, cu progresia procesului tumoral, depresia devine din ce în ce mai gravă. Astfel, dacă la pacienții din stadiul I, care abia și-au aflat diagnosticul, valoarea medie a depresiei este de 13,59, cu mult sub limita depresiei clinice ($BDI\geq 19$), începând cu stadiul II al bolii, această valoare depășește limita depresiei clinice (19,94), atingând valori tot mai mari. La bolnavii cu cancer în metastază valoarea medie atinge 21,54 ($p<0,05$) (vezi diagrama 1.). Trebuie menționat faptul că aproape două treimi din totalul populației studiate (62,7%) se află în stadii avansate sau de metas-

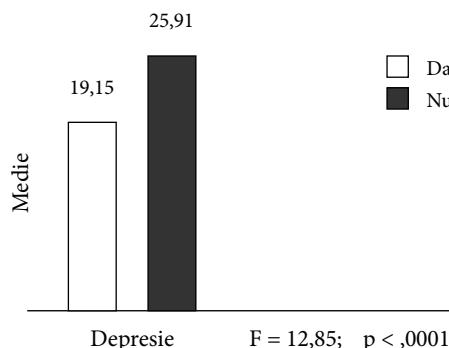
tază ale bolii, doar 6,7% din eșantionul studiat de noi fiind diagnosticați în fazele primare, de debut.



Notă: datele au fost ajustate la vîrstă, sex, domiciliu, educație, stare civilă, situație socio-economică, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, localizarea/tipul tumorii, tratamentele oncologice, starea de sănătate și reacția la diagnostic.

Diagrama 1. Simptome ale depresiei în funcție de stadiul bolii

De asemenea, au existat diferențe semnificative ale gradului de depresie între grupele care-și cunosc, respectiv nu-și cunosc diagnosticul (da/nu) (19,15 vs. 25,91 punctaj mediu; $p < 0,0001$) (vezi diagrama 2.).

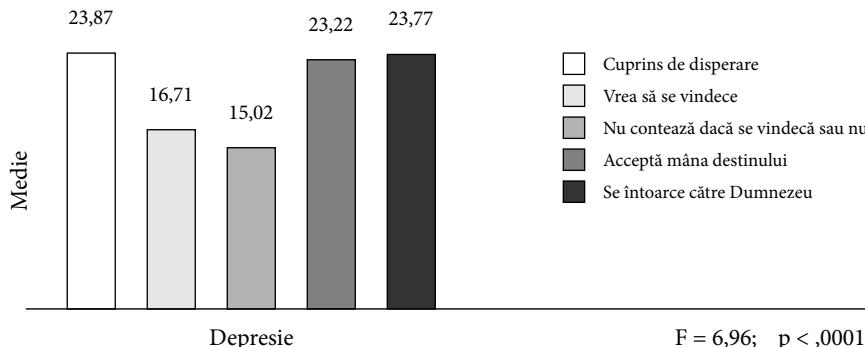


Notă: datele au fost ajustate la vîrstă, sex, domiciliu, educație, stare civilă, situație socio-economică, religiozitate, etnie, stadiul/localizarea/tipul tumorii, tratamentele oncologice, starea de sănătate și reacția la diagnostic.

Diagrama 2. Evoluția simptomelor depresive
în funcție de cunoașterea diagnosticului

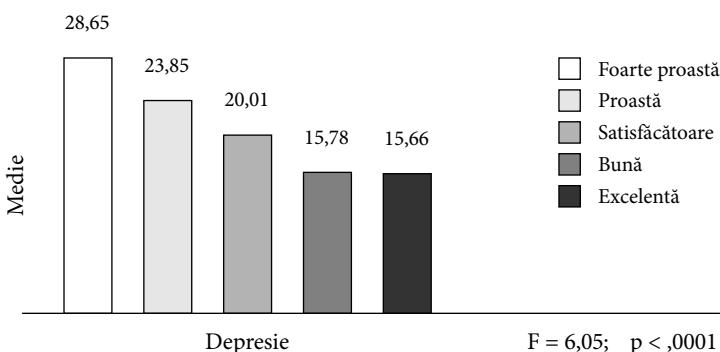
În privința reacției la diagnostic, am constatat că reacțiile pronunțat negative, de cădere sau disperare (23,87) și cele de tipul „mă las în voia sorții/ a lui Dumnezeu” (23,22 și 23,77) au fost cel mai marcat corelate cu grade crescânde de depresie ($p < 0,0001$), iar la cele de genul „am hotărât să mă vindec”

(16,71) și „nu mă interesează” (15,02) media depresiei a fost cea mai redusă, chiar și atunci când rezultatele au fost ajustate la vârstă, sex, domiciliu, educație, stare civilă, situație socio-economică, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, localizarea/tipul tumorii, tratamentele oncologice și starea de sănătate (vezi diagrama 3.).



Notă: datele au fost ajustate la vârstă, sex, domiciliu, educație, stare civilă, situație socio-economică, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, stadiul/localizarea/tipul tumorii, tratamentele oncologice și starea de sănătate.

Diagrama 3. Evoluția sindromului depresiv în funcție de reacția la diagnostic

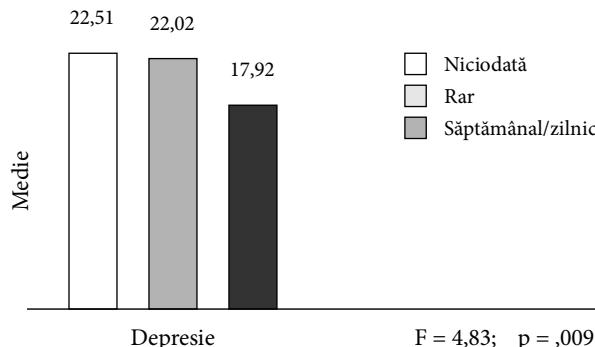


Notă: datele au fost ajustate la vârstă, sex, domiciliu, educație, stare civilă, situație socio-economică, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, stadiul/localizarea/tipul tumorii, tratamentele oncologice și reacția la diagnostic.

Diagrama 4. Simptome ale depresiei în funcție de starea de sănătate

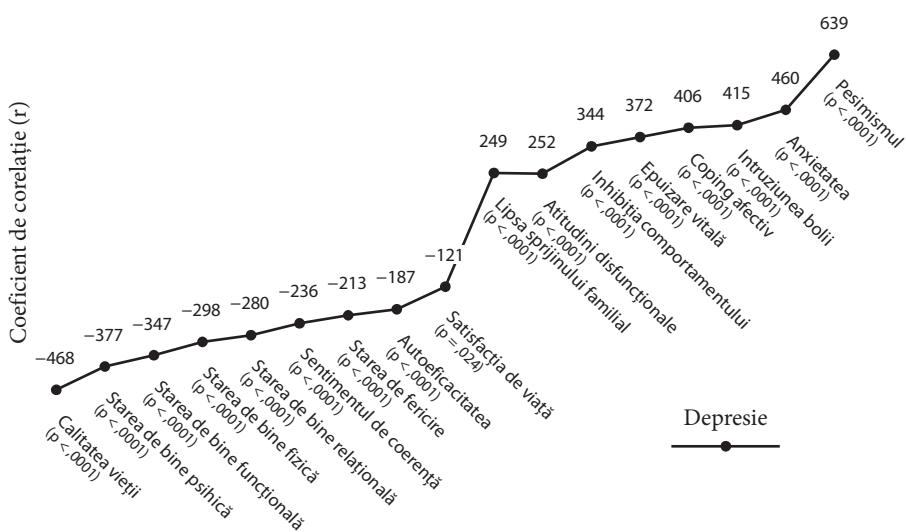
Gravitatea simptomelor depresive s-a amplificat semnificativ ($p < 0,0001$) odată cu deteriorarea stării de sănătate. La o stare de sănătate medie (20,01), pragul de depresie clinică a fost deja depășit (vezi diagrama 4.). Tendențe similare se observă și în cazul activității fizice: pacienții oncologici care desfă-

șoară activități fizice săptămânal/zilnic, aveau valori medii ale depresiei sub limita clinică (punctaj mediu 17,92), în timp ce la cei care nu făc nici un fel de mișcare, media depresiei depășește 22,50, chiar și după ajustarea datelor (vezi diagrama 5.).



Notă: datele au fost ajustate la vârstă, sex, domiciliu, educație, stare civilă, situație socio-economică, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, stadiul/localizarea/tipul tumorii, tratamentele oncologice, starea de sănătate și reacția la diagnostic.

Diagrama 5. Evoluția sindromului depresiv în funcție de activitatea fizică



Notă: datele au fost ajustate la vârstă, sex, domiciliu, educație, stare civilă, situație socio-economică, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, stadiul/localizarea/tipul tumorii, tratamentele oncologice, starea de sănătate și reacția la diagnostic.

Diagrama 6. Corelațiile dintre sindromul depresiv și factorii psihosociali semnificativi

Potrivit rezultatelor analizei statistice corelaționale, fiecare factor psihosocial studiat se află în corelație semnificativă cu sindromul depresiv. Am observat corelații pozitive respectiv negative puternice/substanțiale între deznădejde ($r=0,639$; $p<0,0001$), calitatea vieții ($r=-0,468$; $p<0,0001$) și simptomele depresive (vezi diagrama 6.).

Sindromul depresiv se află, prin urmare, în corelație strânsă cu majoritatea factorilor medicali și psihosociali considerați în cercetare. Aceste corelații semnificative au fost luate în calcul la fiecare analiză statistică multivariată. Astfel, factorii demografici, medicali, se stil de viață și psihosociali au fost inclusi în modelul regresiei liniare. Tabelul 6. conține rezultatele analizei de regresie liniară pas cu pas la sindromul depresiv al pacienților cu tumori maligne. Coeficientul determinativ $R^2=0,620$ / $F=49,80$; $p<0,0001$ / poate fi explicat astfel: modelul regresiv poate să explice 62% din dispersia sau deviația totală, adică în evoluția depresiei la bolnavii cu tumori maligne, deznădejdea ($r^2=0,428$) și anxietatea ($r^2=0,103$), coping-ul emoțional, necunoașterea diagnosticului, intruzivitatea maladiei, starea civilă de necăsătorit, respectiv autoeficacitatea joacă un rol semnificativ într-o proporție de 62%. Punctajul mediu al autoeficacității/increderii de sine este de $7,43\pm2,80$ (SD), punctajul maxim fiind 12. Punctajul mediu al coping-ului emoțional este $17,51\pm6,62$ (SD) (punctaj max. 45), în timp ce la coping-ul axat pe rezolvarea problemei este $9,24\pm4,23$ (SD) (punctaj max. 21). Trebuie apoi menționat că acel coeficient VIF – utilizat în analiza statistică de regresie multivariată pentru controlul și depistarea multicolinearității – nu depășește în nici un caz valoarea cea mai conservatoare ($VI\geq2,5$).

Tabelul 6. Analiza de regresie liniară pas cu pas în cercetarea depresiei și a factorilor demografici, medicali, de stil de viață și psihosociali la bolnavii cu tumori maligne

Variabile (semnificative)	β	S.E.	t	p	R2	VIF
Pesimism, deznădejde	,386	,206	7,607	,0001	,428	1,44
Anxietate de trăsătură	,273	,068	5,479	,0001	,103	1,39
Copingul emoțional-afectiv	,228	,094	5,051	,0001	,039	1,14
Diagnosticul – nu îl cunoaște	,121	1,570	2,804	,006	,015	1,04
Intruzivitatea maladiei	,137	,030	3,061	,002	,015	1,12
Starea civilă – necăsătorit	-,104	1,704	-2,424	,016	,011	1,03
Autoeficacitatea	-,107	,212	-2,282	,023	,009	1,24
Constant		4,022	-3,116	,002	$R^2=,620$	

Fără îndoială, studierea sindromului depresiv și definirea, determinarea corelațiilor semnificative ale acestuia constituie obiective de cercetare științifică importante. Lucrul acesta devine și mai evident dacă luăm în considerare faptul că cercetările similare și implicit datele aferente acestora lipsesc. Din perspectiva tratamentului complex, interdisciplinar al pacienților cu cancer, cercetarea depresiei clinice capătă semnificații și accente critice și practice deopotrivă, astfel că analizele statistice următoare vizează mai ales analiza depresiei clinice.

Frecvența variabilelor demografice, medicale și psihosociale la pacienții cu tumorii care cu mare probabilitate suferă ($BDI \geq 19$), respectiv la cei care nu suferă ($BDI \leq 18$) de depresie clinică și analiza comparativă a acestor date sunt reprezentate în tabelele 7. și 8. Am identificat diferențe semnificative între pacienții cu și cei fără depresie, pe de o parte în privința vârstei ($p < 0,0001$), educației ($p < 0,05$), situației familiale ($p < 0,05$), situației socio-economice ($p < 0,05$), a cunoașterii diagnosticului ($p < 0,01$) și a tipului tumorii ($p < 0,05$), pe de altă parte în ceea ce privește intruzivitatea maladiei ($p < 0,0001$), dezna-dejdea ($p < 0,0001$), inhibiția comportamentală ($p < 0,0001$), coping-ul emoțional ($p < 0,0001$), atitudinea disfuncțională ($p < 0,0001$), autoeficacitatea ($p < 0,05$), epuizarea vitală ($p < 0,0001$), sentimentul de coerență ($p < 0,0001$), lipsa suportului familial ($p < 0,0001$), controlul exterior ($p < 0,05$), starea de bine fizică, emoțional-afectivă, socială și funcțională ($p < 0,0001$), calitatea vieții ($p < 0,0001$) și anxietatea ($p < 0,0001$) (vezi tabelele 7. și 8.). Rezultatele noastre arată că, din punctul de vedere al sexului, domiciliului, religiozității, etniei, al localizării și al stadiului tumorii, al tratamentelor oncologice, al activității fizice, al consumului de alcool, al fumatului, al coping-ului centrat pe rezolvarea problemei, respectiv al evenimentelor de viață negative, nu există diferențe semnificative între bolnavii cu și cei fără depresie. Tabelele noastre includ doar rezultatele semnificative statistic.

În grupul pacienților cu tumorii, care depășesc valoarea clinică a depresiei ($BDI \geq 19$), un procent important este ocupat de adulții în vîrstă (25,5% vs. 9,6%; $p < 0,0001$), cei cu studii primare (27,3% vs. 14,6%; $p < 0,05$), cei văduvi (29% vs. 17%; $p < 0,05$), cei cu o situație socio-economică defavorabilă (41,6% vs. 31%; $p < 0,05$), respectiv cei care nu își cunosc diagnosticul (23% vs. 11,7%; $p < 0,01$) și cei cu tumorii maligne (85% vs. 77,6%; $p < 0,05$), comparativ cu grupul pacienților cu valori ale depresiei sub limita depresiei clinice (vezi tabelul 7.).

Tabelul 7. Prezentarea comparativă a depresiei clinice și subclinice, în funcție de factorii demografici, medicali și de stil de viață cercetați

Factori studiați (semnificativi)	Depresie subclinică		Depresie clinică	Sig. p
	BDI≤18 (n=219)	BDI≥19 (n=198)		
Vârstă	n (%)	n (%)		<0,0001
18–35 ani	36 (16,7)	25 (12,8)		
36–65 ani	160 (73,7)	121 (61,7)		
Peste 65 ani	21 (9,6)	50 (25,5)		
Lipsă date (n=7)				
Educație	n (%)	n (%)		<0,05
Sub 8 clase	17 (7,7)	23 (11,6)		
8 clase	15 (6,9)	31 (15,7)		
Școală profesională, de arte și meserii	54 (24,8)	42 (21,2)		
Bacalaureat – grup școlar profesional	30 (13,8)	33 (16,7)		
Bacalaureat – liceu	58 (26,6)	36 (18,2)		
Studii superioare, universitare	44 (20,2)	33 (16,6)		
Lipsă date (n=4)				
Starea civilă	n (%)	n (%)		<0,05
Necăsătorit	35 (16,1)	16 (8,1)		
Căsătorit	147 (67,4)	137 (69,2)		
Divorțat	19 (8,7)	16 (8,1)		
Văduv	17 (7,8)	29 (14,6)		
Lipsă date (n=1)				
Starea financiară	n (%)	n (%)		<0,05
Nesatisfăcătoare	67 (31,0)	82 (41,6)		
Acceptabilă	57 (26,4)	54 (27,4)		
Satisfăcătoare	92 (42,6)	61 (31,0)		
Lipsă date (n=7)				
Cunoașterea diagnosticului	n (%)	n (%)		<0,01
Da	189 (88,3)	151 (77,0)		
Nu	25 (11,7)	45 (23,0)		
Lipsă date (n=10)				
Tipul tumorii	n (%)	n (%)		<0,05
Benignă	49 (22,4)	29 (14,6)		
Malignă	170 (77,6)	169 (85,4)		
Lipsă date (n=3)				

Diferențele de funcționare psihosocială dintre pacienții depresivi și cei nedepresivi pot fi analizate cu acuratețe doar dacă datele sunt standardizate la factorii de risc demografici, medicali și tradiționali. În analiza noastră statistică, am eliminat efectul independent al factorilor vârstă, sex, domiciliu, edu-

cație, stare civilă, situație socio-economică, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, tipul, localizarea, stadiul și tratamentul tumorii, respectiv evaluarea propriei stări de sănătate și reacția la diagnostic. Ca urmare, am conchis că pacienții cu depresie clinică care necesită tratament ($BDI \geq 19$) își evaluatează semnificativ mai negativ calitatea vieții (punctaj mediu 56,37 vs. 69,52; $p < 0,0001$), respectiv starea de bine fizică (punctaj mediu 12,81 vs. 16,71; $p < 0,0001$), emotională (punctaj mediu 12,62 vs. 15,58; $p < 0,0001$), familială/socială (punctaj mediu 16,99 vs. 19,67; $p < 0,0001$) și funcțională (punctaj mediu 12,81 vs. 16,71; $p < 0,0001$), prin comparație cu pacienții care nu necesită tratament antidepresiv. În același timp, pacienții depresivi raportează valori semnificativ mai mari ale intruzivității maladiei (punctaj mediu 51,04 vs. 38,47; $p < 0,0001$), anxietății (punctaj mediu 51,53 vs. 45,41; $p < 0,0001$), deznădejdi (punctaj mediu 5,72 vs. 2,41; $p < 0,0001$), epuizării vitale (punctaj mediu 14,14 vs. 11,01; $p < 0,0001$) și singurătății în familie (punctaj mediu 27,76 vs. 22,66; $p < 0,0001$). Față de grupul pacienților care nu prezintă simptomele depresiei clinice, persoanele afectate de acest tip de tulburare psihică ($BDI \geq 19$) au valori mai mari în privința coping-ului emoțional (punctaj mediu 20,44 vs. 15,18; $p < 0,0001$), a atitudinii disfuncționale (punctaj mediu 11,75 vs. 10,01; $p < 0,0001$), a inhibiției comportamentale (punctaj mediu 8,84 vs. 6,12; $p < 0,0001$) și a controlului exterior (al medicului: punctaj mediu 12,79 vs. 11,75; $p < 0,05$ / al altor persoane: punctaj mediu 12,84 vs. 11,93; $p < 0,05$), precum și valori mai scăzute ale autoeficacității (punctaj mediu 6,98 vs. 7,64; $p < 0,05$) și ale sentimentului de coerentă (punctaj mediu 8,33 vs. 9,39; $p < 0,0001$) (vezi tabelul 8.).

Tabelul 8. Prezentarea comparativă a depresiei clinice și subclinice, în funcție de factorii psihosociali cercetați

Factori studiați (semnificativi)	Depresie subclinică		Depresie clinică		F	Sig. p
	$BDI \leq 18$ (n=219)	$BDI \geq 19$ (n=198)	Medie (SE)	Medie (SE)		
Intruzivitatea maladiei	38,47 (1,44)	51,04 (1,43)	35,43	<0,0001		
Relații și dezvoltare personală	2,38 (.13)	3,48 (.13)	30,90	<0,0001		
Intimitate	2,37 (.16)	3,18 (.16)	11,47	<0,01		
Instrument	3,98 (.11)	4,81 (.11)	23,20	<0,0001		
Pesimism, deznădejde	2,41 (.20)	5,72 (.20)	121,10	<0,0001		
Inhibiția comportamentală	6,12 (.30)	8,84 (.29)	38,13	<0,0001		

Factori studiați (semnificativi)	Depresie subclinică	Depresie clinică	F	Sig. p
	BDI≤18 (n=219)	BDI≥19 (n=198)		
Copingul emoțional-afectiv	15,18 (.46)	20,44 (.46)	60,33	<0,0001
Atitudini disfuncționale	10,01 (.30)	11,75 (.29)	15,64	<0,0001
Autoeficacitatea	7,64 (.20)	6,98 (.20)	5,00	<0,05
Epuizarea vitală	11,01 (.34)	14,14 (.34)	38,62	<0,0001
Sentimentul de coerentă	9,39 (.20)	8,33 (.19)	13,33	<0,0001
Lipsa sprijinului familial	22,66 (.86)	27,76 (.86)	16,32	<0,0001
Modalități de control – medici	11,75 (.30)	12,79 (.30)	5,54	<0,05
Modalități de control – alte persoane	11,93 (.25)	12,84 (.25)	5,77	<0,05
Starea de bine fizică	16,71 (.42)	12,81 (.42)	39,87	<0,0001
Starea de bine emoțional-afectivă	15,58 (.36)	12,62 (.36)	30,69	<0,0001
Starea de bine socială/familială	19,67 (.39)	16,99 (.39)	21,30	<0,0001
Starea de bine funcțională	16,71 (.42)	12,81 (.42)	39,87	<0,0001
Calitatea vieții	69,52 (1,09)	56,37 (1,08)	67,91	<0,0001
Anxietate de trăsătură	45,41 (.60)	51,53 (.61)	46,87	<0,0001

Covariabile: vîrstă, sex, domiciliu, educație, stare civilă, situație socio-economică, religiozitate, naționalitate, cunoașterea diagnosticului, tipul tumorii, localizarea tumorii, stadiul bolii, tratamente, respectiv evaluarea propriei stări de sănătate și reacția la diagnostic.

Analizând factorii prognostici ai depresiei clinice printr-un model de regresie logistică (R^2 Nagelkerke=0,689; $p<0,0001$), am ajuns la concluzia că riscul ocurenței sindromului depresiv clinic, diagnosticabil, care impune tratament a fost crescut semnificativ de factorii tradiționali, iar dintre factorii psihosociali, de sexul feminin ($OR=5,16$; 95% CI 1,64–16,27; $p<0,01$), coping-ul emoțional ($OR=4,67$; 95% CI 2,08–10,52; $p<0,0001$), deznădejdea ($OR=3,96$; 95% CI 1,72–9,12; $p<0,01$), calitatea vieții ($OR=3,34$; 95% CI 1,20–9,25; $p<0,05$), epuizarea vitală ($OR=2,84$; 95% CI 1,17–6,93; $p<0,05$), atitudinea disfuncțională ($OR=2,77$; 95% CI 1,30–5,89; $p<0,01$), anxietatea ($OR=2,50$; 95% CI 1,06–5,90; $p<0,05$), inhibiția comportamentală ($OR=2,49$; 95% CI 1,10–5,61; $p<0,05$), evaluările nefavorabile asupra copilăriei ($OR=2,48$; 95% CI 1,07–5,76; $p<0,05$), sentimentul de coerentă ($OR=2,43$; 95% CI 1,08–5,49; $p<0,05$), autoeficacitatea ($OR=2,28$; 95% CI, 95–5,47;

p<0,05), respectiv de intruzivitatea maladiei (OR=2,11; 95% CI,95–4,72; p<0,05) (vezi tabelul 9.).

Pe parcursul analizei de regresie am dihotomizat scorurile obținute pe scalele psihologice pe baza frecvenței: le-am categorizat în grupuri de nivel redus și de nivel ridicat. Valorile binare în cazul depresiei sunt: 0=BDI≤18; 1=BDI≥19.

Tabelul 9. Factorii prognostici semnificativi ai depresiei clinice, după ajustarea la factorii demografici, medicali și de stil de viață

Factori studiați (semnificativi)	OR	Şansă relativă	Interval de încredere		Sig. p
			95% minim-maxim		
Sexul					
Feminin	5,16		1,64–16,27		<0,01
Copingul emoțional-afectiv					
Ridicat	4,67		2,08–10,52		<0,0001
Pesimismul, deznădejdea					
Ridicat/ă	3,96		1,72–9,12		<0,01
Calitatea vieții					
Scăzută	3,34		1,20–9,25		<0,05
Epuizarea vitală					
Ridicată	2,84		1,17–6,93		<0,05
Atitudini disfuncționale					
Ridicate	2,77		1,30–5,89		<0,01
Anxietatea de trăsătură					
Ridicată	2,50		1,06–5,90		<0,05
Inhibiția comportamentală					
Ridicată	2,49		1,10–5,61		<0,05
Evaluarea copilăriei					
Negativă	2,48		1,07–5,76		<0,05
Sentimentul de coerență					
Scăzut	2,43		1,08–5,49		<0,05
Autoeficacitatea					
Scăzută	2,28		,95–5,47		<0,05
Intruzivitatea maladiei					
Ridicată	2,11		,95–4,72		<0,05

Notă – factorii nesemnificativi din analiza de regresie logistică sunt: vârstă, domiciliu, educație, stare civilă, religiozitate, situație socio-economică, etnie, cunoașterea diagnosticului și

reacția la diagnostic, tipul tumorii, localizarea tumorii, stadiul bolii, tratamente oncologice, activitatea fizică, consumul de alcool și fumatul.

Concluzii

În tot eșantionul studiat de noi, gravitatea depresiei crește în mod semnificativ o dată cu progresia procesului tumoral, cu deteriorarea stării de sănătate, cu lipsa tot mai acută a activității fizice, cu necunoașterea diagnosticului, respectiv cu reacțiile negative sau pasive la diagnostic. În același timp, simptomele depresive coreleză puternic negativ cu calitatea vieții, respectiv puternic pozitiv cu deznaștere și anxietatea. În grupul pacienților cu tumori maligne sindromul depresiv se explică în proporție de 52% prin pesimism și anxietate. Rezultatele noastre arată că, în rândul pacienților cu depresie, procentul persoanelor de peste 65 ani, a celor cu studii de până la opt clase, a văduvilor și a celor care nu-și cunosc diagnosticul este de două ori mai mare decât în grupul celor fără depresie. Între cele două grupuri există o diferență de 10% și în privința situației socio-economice precare și a frecvenței tumorilor maligne, în defavoarea pacienților cu depresie.

În același timp, datele noastre confirmă influența negativă a sindromului depresiv clinic asupra calității vieții și funcționalității psihosociale. Literatura de specialitate (Cella, Hahn și Dineen, 2002b) lansează ideea că diferența medie de 8–10 respectiv de 2–3 puncte dintre pacienții care necesită și cei care nu necesită tratament antidepresiv, în privința calității vieții și a stării de bine bio-psihosociale și funcționale, comportă o semnificație clinică. Cele mai importante diferențe le-am identificat la categoriile stării de bine fizice și funcționale (diferență medie de 3,9 puncte), respectiv la calitatea vieții (diferență medie de 13,15 puncte). În privința intruzivității maladiei, diferența cea mai importantă dintre cele două grupuri intervine la dimensiunile relațiilor și dezvoltării personale, dezavantajând pacienții depresivi. În studiul nostru, valoarea medie a scalei intruzivității este de $44,16 \pm 21,41$ (SD), punctajul maxim fiind 91. Cu toate acestea, am măsurat diferențe semnificative între grupul depresivilor și al celor nedepresivi în mai multe domenii psihosociale, pacienții cu depresie clinică fiind mai pesimisti, anxioși, epuizați, izolați, preferând strategiile de coping emoțional și prezentând o mai marcată apelare spre inhibiția comportamentală, atitudinea disfuncțională și controlul exterior, precum și o precaritate a autoeficacității, sentimentului de coerență și a sensului vieții. În analiza de regresie logistică – după depistarea și elimi-

narea efectului factorilor demografici, medicali și de stil de viață – am constatat că riscul sindromului depresiv semnificativ, de nivel clinic, a fost crescut de cinci ori de sexul feminin, de patru ori de preferința pentru strategiile de coping emoțional și deznădejde, respectiv de trei ori de precaritatea calității vieții, de epuizarea vitală marcantă, de atitudinile disfuncționale și de anxietate. Probabilitatea apariției sindromului depresiv a fost dublată de valori înalte ale intruzivității maladiei și ale timidității, respectiv de autoeficacitatea și sentimentul de coerență slab sau evaluarea negativă a copilăriei.

4.3. Calitatea vieții

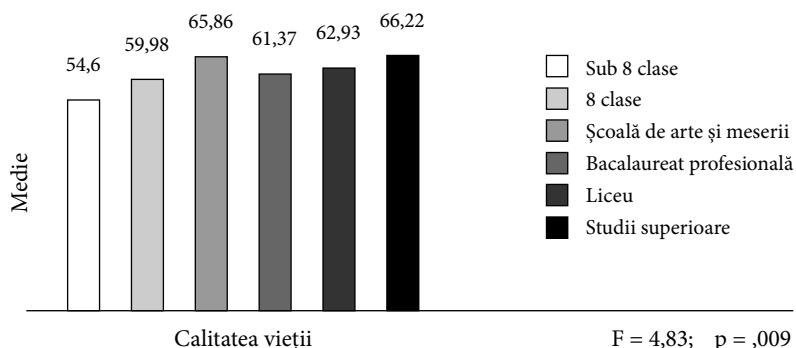
În grupul pacienților cu cancer, valoarea medie a scalei calității vieții a fost de $63,37 \pm 18,37$ (SD), punctajul maxim fiind 108. Punctajul mediu al scalelor de stare de bine fizică, emoțională, socială/familială și funcțională a evoluat după cum urmează: 15,81 (SD=7,19; punctaj maxim 28), 14,33 (SD=5,50; punctaj maxim 24), 18,53 (SD=5,67; punctaj maxim 28) și 14,97 (SD=6,49; punctaj maxim 28). Tabelul 10. conține punctajele medii ale subsegmentelor Scalei de calitate a vieții FACT-G 4.0, în funcție de sex, tipul, stadiul și localizarea tumorii. În cercetarea noastră 28,1% din pacienți (n=118) au raportat o calitate a vieții slabă (FACT-G≤52), în timp ce 71,9% dintre ei (n=302) au avut scoruri mari în această privință (FACT-G≥53). La stabilirea categoriei de calitate a vieții slabă, nesatisfăcătoare am impus limita quartilei inferioare (25%), urmând cercetarea lui Sehlen și colaboratorii (2002) cu un grup de pacienți cu tumorii la nivelul capului/gâtului, unde autorii au folosit limita quartilei inferioare în determinarea grupurilor cu calitate a vieții slabă versus bună.

Tabelul 10. Descrierea punctajelor medii ale Scalei de măsurare a calității vieții (FACT-G 4.0), în funcție de sex, tipul, stadiul și localizarea tumorii

Variabile	FACT-G Medie±SD	PWB Medie±SD	SWB Medie±SD	EWB Medie±SD	FWB Medie±SD
Sexul					
Masculin	62,67±19,56	15,50±7,07	18,28±6,03	14,83±5,63	14,36±6,74
Feminin	63,92±17,42	16,05±7,29	18,73±5,37	13,94±5,39	15,44±6,27
Tipul tumorii					
Malignă	61,56±18,36	14,66±6,88	18,79±5,57	13,89±5,61	14,41±6,57
Benignă	71,33±16,26	20,84±6,36	17,40±5,99	16,25±4,59	17,48±5,55

Variabile	FACT-G Medie±SD	PWB Medie±SD	SWB Medie±SD	EWB Medie±SD	FWB Medie±SD
Stadiul tumorii					
I	65,32±16,51	17,75±8,01	17,96±4,78	15,07±5,04	14,53±6,48
II	67,76±15,33	17,03±6,26	19,60±5,18	14,94±4,83	16,18±6,28
III	56,71±18,71	12,06±6,37	18,50±5,83	12,98±6,02	13,27±6,58
IV	59,91±17,97	12,95±6,39	19,04±5,38	13,91±5,55	14,00±6,36
Localizarea tumorii					
Mamar	66,12±17,83	18,10±7,08	18,13±5,16	14,03±5,26	16,45±5,86
Col uterin	61,22±16,51	14,57±6,77	18,38±6,32	13,95±5,07	14,30±6,73
Bronhopulmonar	62,10±20,14	13,84±6,89	19,30±5,52	14,30±6,09	14,65±6,47
Colon	61,81±18,36	15,11±7,69	18,76±6,64	13,30±5,58	14,62±6,54

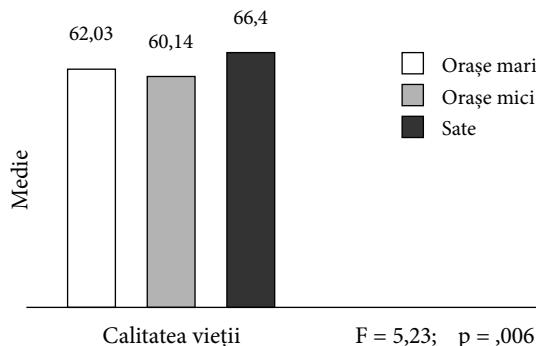
Ca un prim pas, am studiat evoluția calității vieții (a mediilor scalei FACT-G 4.0), în funcție de variabilele demografice, medicale și de stil de viață. Analizând diferențele nivele de educație, am observat o descreștere semnificativă a calității vieții ($p<0,05$) la grupurile cu un nivel de școlarizare scăzut: cele mai reduse valori medii ale calității vieții s-au măsurat la grupurile celor cu studii de opt clase (59,98) sau și mai puțin de atât (54,6) (vezi diagrama 7.).



Notă: datele au fost ajustate la vârstă, sex, domiciliu, stare civilă, situație socio-economică, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, stadiu/localizarea/tipul tumorii, tratamentele oncologice, starea de sănătate și reacția la diagnostic.

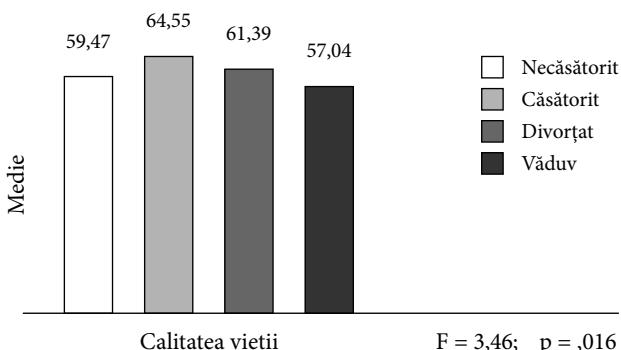
Diagrama 7. Evoluția calității vieții în funcție de nivelul de educație

În același timp, pacienții provenind din orașe mici (60,14) și cei văduvi (57,04) au cele mai scăzute valori medii ale calității vieții în interiorul categoriilor de domiciliu ($p<0,01$) și de stare civilă ($p<0,05$) (vezi diagramele 8. și 9.).



Notă: datele au fost ajustate la vîrstă, sex, domiciliu, educație, stare civilă, situație socio-economică, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, localizarea/tipul tumorii, tratamentele oncologice, starea de sănătate și reacția la diagnostic.

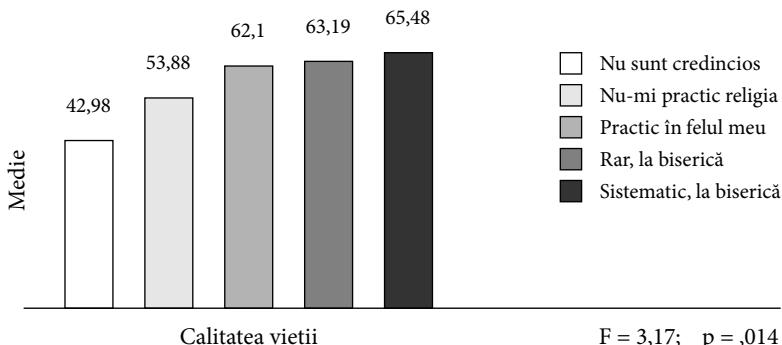
Diagrama 8. Calitatea vieții în funcție de domiciliu



Notă: datele au fost ajustate la vîrstă, sex, domiciliu, educație, situație socio-economică, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, stadiul/localizarea/tipul tumorii, tratamentele oncologice, starea de sănătate și reacția la diagnostic.

Diagrama 9. Calitatea vieții la categoriile situației familiale

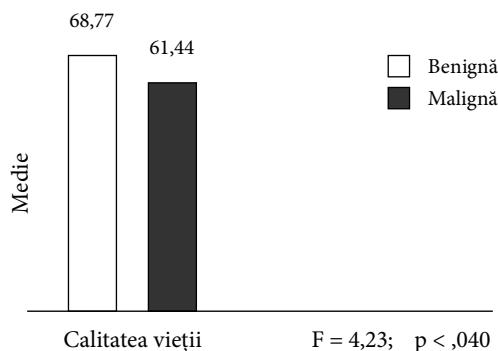
Au existat diferențe semnificative și între valorile calității vieții în funcție de religiozitate ($p<0,05$): cei care s-au declarat ateii (42,98) și cei care nu-și practică religia (53,88) au cele mai scăzute valori medii privind calitatea vieții (vezi diagrama 10.). În eșantionul studiat 1,2% dintre pacienți ($n=5$) sunt ateii și 3,3% ($n=14$) nu sunt practicanți. Totodată, 35,1% ($n=147$) își practică religia în modul lor propriu, 34,4% ($n=144$) merg la biserică doar rar, respectiv 26% ($n=109$) merg la biserică în mod regulat. Nu dispunem de date referitoare la practicarea religiei într-un singur caz.



Notă: datele au fost ajustate la vîrstă, sex, domiciliu, educație, situație socio-economică, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, stadiul/localizarea/tipul tumorii, tratamentele oncologice, starea de sănătate și reacția la diagnostic.

Diagrama 10. Calitatea vieții în funcție de religiozitate

O dată cu evoluția procesului oncologic, valorile medii ale calității vieții scad substanțial ($p < 0,01$), astfel cele mai scăzute valori fiind măsurate la pacienții aflați în stadiile III și IV (58,57 și 61,12), respectiv la cei cu tumorii maligne (61,44; $p < 0,05$) (vezi diagramele 11., 12.).

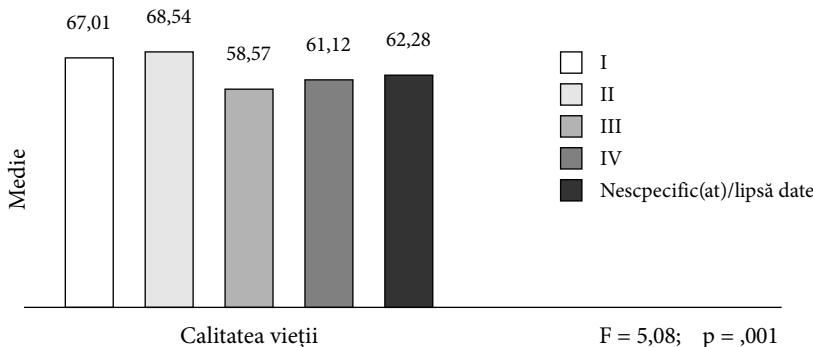


Notă: datele au fost ajustate la vîrstă, sex, domiciliu, educație, stare civilă, situație socio-economică, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, stadiul/localizarea tumorii, tratamentele oncologice, starea de sănătate și reacția la diagnostic.

Diagrama 11. Calitatea vieții în funcție de tipul tumorii

Calitatea vieții cunoaște variații semnificative și în funcție de reacțiile la diagnosticul oncologic ($p < 0,0001$). În această privință, 47,3% ($n=198$) dintre subiecți declară că vor să se vindece, 23,2% ($n=97$) au încredere în Dumnezeu și 20,5% ($n=86$) s-au simțit doborâți la aflarea diagnosticului. Tot atunci, 7,8% ($n=33$) dintre pacienți se lasă în voia sorții, respectiv 1,2% ($n=5$) sunt indiferenți și nu le pasă de boală. Informația referitoare la reacția și răspunsul

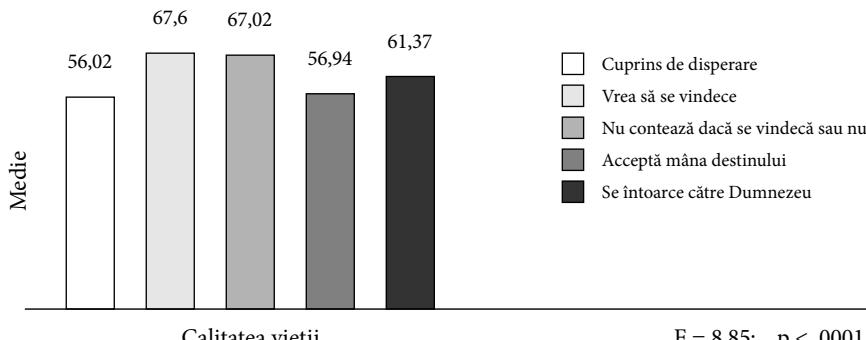
pacienților la aflarea diagnosticului lipsește încă unul dintre cazuri (vezi diagramea 13.).



Notă: datele au fost ajustate la vîrstă, sex, domiciliu, educație, stare civilă, situație socio-economică, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, localizarea/tipul tumorii, tratamentele oncologice, starea de sănătate și reacția la diagnostic.

Diagrama 12. Evoluția calității vieții în funcție de stadiile bolii

Pe parcursul acestei cercetări, am constatat că valori semnificativ mai reduse ale calității vieții au fost măsurate la cei care s-au declarat doborâți de situație (56,02), ori s-au lăsat în voia sortii (56,94) (vezi diagramea 13.).

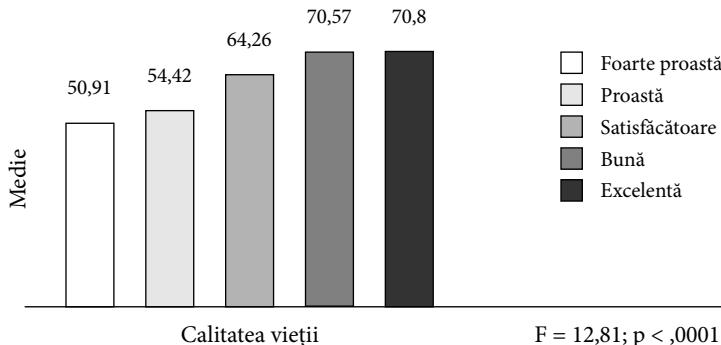


Notă: datele au fost ajustate la vîrstă, sex, domiciliu, educație, stare civilă, situație socio-economică, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, stadiul/localizarea/tipul tumorii, tratamentele oncologice și starea de sănătate.

Diagrama 13. Calitatea vieții în funcție de reacțiile la diagnosticul oncologic

Am studiat, de asemenea și evoluția calității vieții în funcție de starea de sănătate. Am constatat că 26,2% (n=110) din subiecți și-au evaluat propria stare de sănătate drept proastă/foarte proastă, 49% (n=206) drept medie, respectiv 24,8% (n=104) drept bună/excelentă. Rezultatele noastre arată că există o tendință descendentă semnificativă în evoluția calității vieții, care se

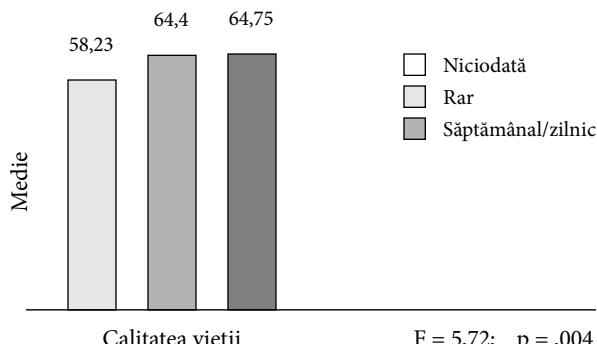
manifestă paralel cu deteriorarea stării de sănătate ($p<0,0001$). Scorul celor cu o sănătate subredă (50,91) este cu aproximativ 20 de puncte mai scăzut față de cei cu o stare de sănătate bună (70,8) (vezi diagrama 14.).



Notă: datele au fost ajustate la vârstă, sex, domiciliu, educație, stare civilă, situație socio-economică, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, stadiul/localizarea/tipul tumorii, tratamentele oncologice și reacția la diagnostic.

Diagrama 14. Calitatea vieții la categoriile stării de sănătate

O diferență similară am observat și la analiza comparativă în funcție de activitatea fizică și sindromul depresiv (vezi diagramele 15., 16.).



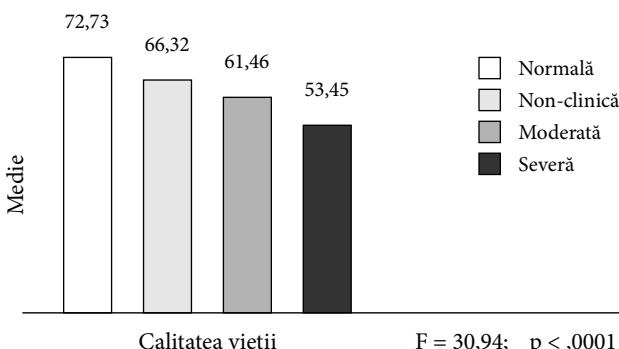
Notă: datele au fost ajustate la vârstă, sex, domiciliu, educație, stare civilă, situație socio-economică, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, stadiul/localizarea/tipul tumorii, tratamentele oncologice, starea de sănătate și reacția la diagnostic.

Diagrama 15. Evoluția calității vieții în funcție de activitatea fizică

O dată cu reducerea activității fizice, calitatea vieții s-a deteriorat semnificativ ($p<0,01$). Pacienții care nu au nici un fel de activitate fizică (58,23) sunt cei mai afectați din acest punct de vedere (vezi diagrama 15.). În cercetarea noastră 28,2% (n=118) din pacienții de la oncologie, inclusi în cercetarea noastră, nu au nici un tip de activitate fizică, 27,4% dintre ei (n=115) au o

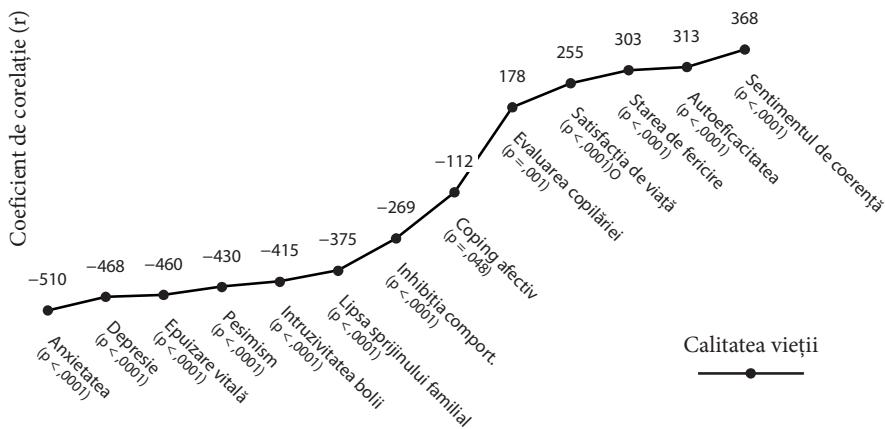
activitate fizică ocazional, iar 44,4% (n=186) fac mișcare săptămânal sau zilnic. Datele cu privire la frecvența activității fizice lipsesc doar într-un caz.

Din cauză că nivelul de semnificație ($p<0,0001$) al probabilității din cadrul testului F este mai mic decât 0,05, se poate deduce că mediile categoriilor de depresie diferă în mod semnificativ, adică diferențele stării depresive influențează în moduri particulare, variate, calitatea vieții pacienților cu tumorii. Diagrama 16. ilustrează faptul că depresia medie (61,46) și cea gravă (53,45) au un efect negativ maximal asupra calității vieții.



Notă: datele au fost ajustate la vârstă, sex, domiciliu, educație, stare civilă, situație socio-economică, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, stadiul/localizarea/tipul tumorii, tratamentele oncologice, starea de sănătate și reacția la diagnostic.

Diagrama 16. Evoluția calității vieții în funcție de categoriile de depresie



Notă: datele au fost ajustate la vârstă, sex, domiciliu, educație, stare civilă, situație socio-economică, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, stadiul/localizarea/tipul tumorii, tratamentele oncologice, starea de sănătate și reacția la diagnostic.

Diagrama 17. Coeficienții de corelație tip Pearson ai calității vieții și ai variabilelor psihosociale semnificative

Pentru analiza corelațiilor psihosociale ale calității vieții, am efectuat o corelație parțială, menținând nivelul parametrilor marcați (vezi diagrama 17.). În ceea ce privește anxietatea ($r=-0,510$; $p<0,0001$), depresia ($r=-0,468$; $p<0,0001$), epuizarea vitală ($r=-0,460$; $p<0,0001$), deznădejdea ($r=-0,430$; $p<0,0001$), intruzivitatea maladiei ($r=-0,415$; $p<0,0001$), respectiv sentimentul de coerență ($r=0,368$; $p<0,0001$), se poate constata un scor relativ mare al coeficienților de corelație. Acest lucru înseamnă că, deși aceste scale psihometrice măsoară dimensiuni diferite, ele au numeroase similitudini și paralelisme cu calitatea vieții. Toate aceste asociații, corelații semnificative dintre calitatea vieții și factorii demografici, medicali, de stil de viață și psihosociali au fost luate în considerare în analizele statistice multivariate.

După analizele inițiale am recurs – conform obiectivelor propuse – la analiza, într-un model multivariat, a corelațiilor dintre calitatea vieții bolnavilor cu tumori maligne, respectiv factorii demografici, medicali, de stil de viață și psihosociali cercetați. Corelațiile dintre calitatea vieții, respectiv factorii secundari, de fundal au fost verificate prin analiză de regresie liniară, deoarece acest procedeu poate funcționa ca un mecanism predictor și explicativ al factorului dependent (calitatea vieții), împreună cu efectele celorlalți factori, independenți. În același timp, se poate analiza care dintre variabilele implicate are un efect predictor, explicativ mai mare.

Tabelul 11. conține rezultatele analizei de regresie liniară pas cu pas, referitoare la calitatea vieții pacienților cu tumori maligne. Pe baza tabelului se poate constata că întreg modelul de regresie este semnificativ ($R^2=0,696$; $F=43,63$; $p<0,0001$). Potrivit datelor noastre, forța explicativă a factorilor demografici, medicali, de stil de viață și psihosociali implicați în cercetare este de 69,6%, ceea ce reprezintă o valoare deosebit de mare. Acest set de variabile, parametri poate explica 69,9% din varianța calității vieții la pacienții cu cancer. Pe baza modelului de regresie stabilit, putem, bunăoară afirma că, din perspectiva calității vieții, forța explicativă a anxietății ($r^2=0,390$) este deosebit de importantă, ea fiind urmată de cea a epuizării vitale ($r^2=0,109$). Acești factori explică aproape 50% dintre schimbările survenite în calitatea vieții pacienților oncologici. Restul variabilelor: fericirea, starea de fericire ($r^2=0,060$), sentimentul de coerență ($r^2=0,039$), intruzivitatea maladiei ($r^2=0,023$), coping-ul bazat pe rezolvarea problemei ($r^2=0,020$), starea de sănătate ($r^2=0,013$), activitatea fizică ($r^2=0,013$), singurătatea intrafamilială ($r^2=0,11$), autoeficacitatea ($r^2=0,009$) și stadiul bolii ($r^2=0,008$) au, la nivelele

de semnificație uzuale, o influență neglijabilă asupra calității vieții, dat fiind faptul că forța lor explicativă este de sub 10%.

Tabelul 11. Analiza de regresie liniară pas cu pas în cercetarea calității vieții și a factorilor demografici, medicali, de stil de viață și psihosociali la bolnavii cu tumori maligne

Variabile (semnificative)	β	S.E.	t	p	R ²	VIF
Anxietatea de trăsătură	-,291	,089	-6,038	,0001	,390	1,59
Epuizarea vitală	-,228	,167	-4,599	,0001	,109	1,69
Starea de fericire	,117	,326	2,622	,009	,060	1,38
Sentimentul de coerență	,092	,322	1,959	,051	,039	1,52
Intruzivitatea maladiei	-,152	,038	-3,704	,0001	,023	1,15
Copingul centrat pe problemă	,102	,183	2,393	,018	,020	1,24
Activități fizice–niciodată	-,102	1,507	-2,593	,010	,014	1,06
Starea de sănătate proastă/foarte proastă	-,128	1,688	-2,860	,005	,013	1,38
Lipsa sprijinului familial	-,117	,069	-2,812	,005	,011	1,19
Autoeficacitatea	,114	,284	2,491	,014	,009	1,45
Stadiul bolii–III	-,095	1,422	-2,417	,017	,008	1,07
Constant		6,354	14,613	,0001	R ² =,696	

Un alt aspect de remarcat al analizei de regresie este faptul că se pot identifica acei parametri, acele greutăți care, adăugate la variabilele independente, pot avea efectul predictor cel mai precis și bun cu privire la valoarea variabilei dependente și anume calitatea vieții. Coeficientul β al anxietății este $-,291$, ceea ce înseamnă că, pe scara de anxietate, o creștere de un punct coincide cu o scădere cu 291 puncte a calității vieții, dacă efectul celorlalți factori este ajustat, controlat, considerat constant. În cazul epuizării vitale, punctajul mediu al epuizării vitale este, pe întregul eșantion studiat, de $12,35 \pm 5,64$ (SD), punctajul maxim fiind 20. Trebuie apoi subliniat că, în analiza noastră de regresie multivariată, indicatorul VIF, utilizat pentru depistarea și controlarea multicolinearității, nu depășește niciodată valoarea limită cea mai conservatoare, $VIF \geq 2,5$.

Cu toate că cercetarea noastră, fiind un tip de analiză verticală, de secțiune transversală, nu permite studierea direcțiilor și relațiilor cauzale dintre variabile, aş completa prezentarea rezultatelor legate de calitatea vieții cu o recomandare referitoare la un model teoretic, care analizează mecanismele de influențare dintre variabilele semnificative prezentate mai sus, furnizând astfel cadrele propice pentru interpretarea calității vieții bolnavilor cu cancer (vezi diagrama 18.).

Diagrama 18. propune o analiză path, făcută cu programul AMOS, în care prezentăm factorii negativi și pozitivi care intervin în evoluția calității vieții pacienților cu tumori maligne. Acest model de calitate a vieții s-a dovedit, din punct de vedere empiric corect, deoarece $\chi^2=32,15$; $p=0,10$; la un grad de libertate de 12, se observă CMIN/DF=2,68; NFI/CFI=.950/.967; RMSEA=.063. Stadiile avansate ale bolii (-,090), starea de sănătate proastă/foarte proastă (-,177), intruzivitatea maladiei (-,194), absența suportului familial (-,214), epuizarea vitală (-,246) și anxietatea (-,341) intervin direct și în mod semnificativ în deteriorarea calității vieții. Stadiul avansat al bolii are și o acțiune semnificativă, indirectă în slăbirea calității vieții, prin factori intermediari precum intruzivitatea bolii (,166) și epuizarea vitală (,113). De asemenea, se poate observa efectul destructiv indirect al stării de sănătate proaste sau foarte proaste, prin epuizarea vitală (,270) și prin intruzivitatea maladiei (,193). Prin intermedierea epuizării vitale, în evoluția calității vieții mai intervine și intruzivitatea maladiei (,273), respectiv absența suportului familial (,138). Cei doi factori intermediari, epuizarea vitală și intruzivitatea maladiei, își exercită efectul prin anxietate (,453 și ,088). Din perspectiva pacientului oncologic și a calității vieții acestuia, cel mai puternic factor direct, respectiv mediator în acest model se dovedește a fi anxietatea (-,341).

În legătură cu îmbunătățirea calității vieții pacienților cu tumori ($\chi^2=2,41$; $p=0,29$; cu un grad de libertate de 2., CMIN/DF=1,20; NFI/CFI=.992/.999; RMSEA=.022), fericirea s-a dovedit a fi factorul direct și mediator cel mai semnificativ (,325), alături de autoeficacitate (,219) și sentimentul de coerență (,207) (vezi diagrama 18.).

Am efectuat analiza de regresie liniară pas cu pas în funcție de sex, tipul tumorii, stadiul bolii și localizarea formațiunii tumorale (vezi tabelele 12., 13., 14.). Fiecare din analizele de regresie au condus la conturarea unui model semnificativ, forța lor explicativă însumată depășind, în fiecare caz, 60%. Anxietatea și epuizarea vitală s-au dovedit cele mai importante variabile comune explicative, atât la bărbații și femeile cu cancer, cât și la tumorile benigne și maligne, respectiv la tumorile mamare, de col uterin, pulmonare și de colon, cu condiția ca fiecare etapă a regresiei să se analizeze în ordinea forței explicative. Trebuie apoi amintit că, la ultimul stadiu, IV, printre variabilele semnificative se regăsește – alături de anxietate și epuizare vitală – și efectul destructiv al sindromului depresiv asupra calității vieții.

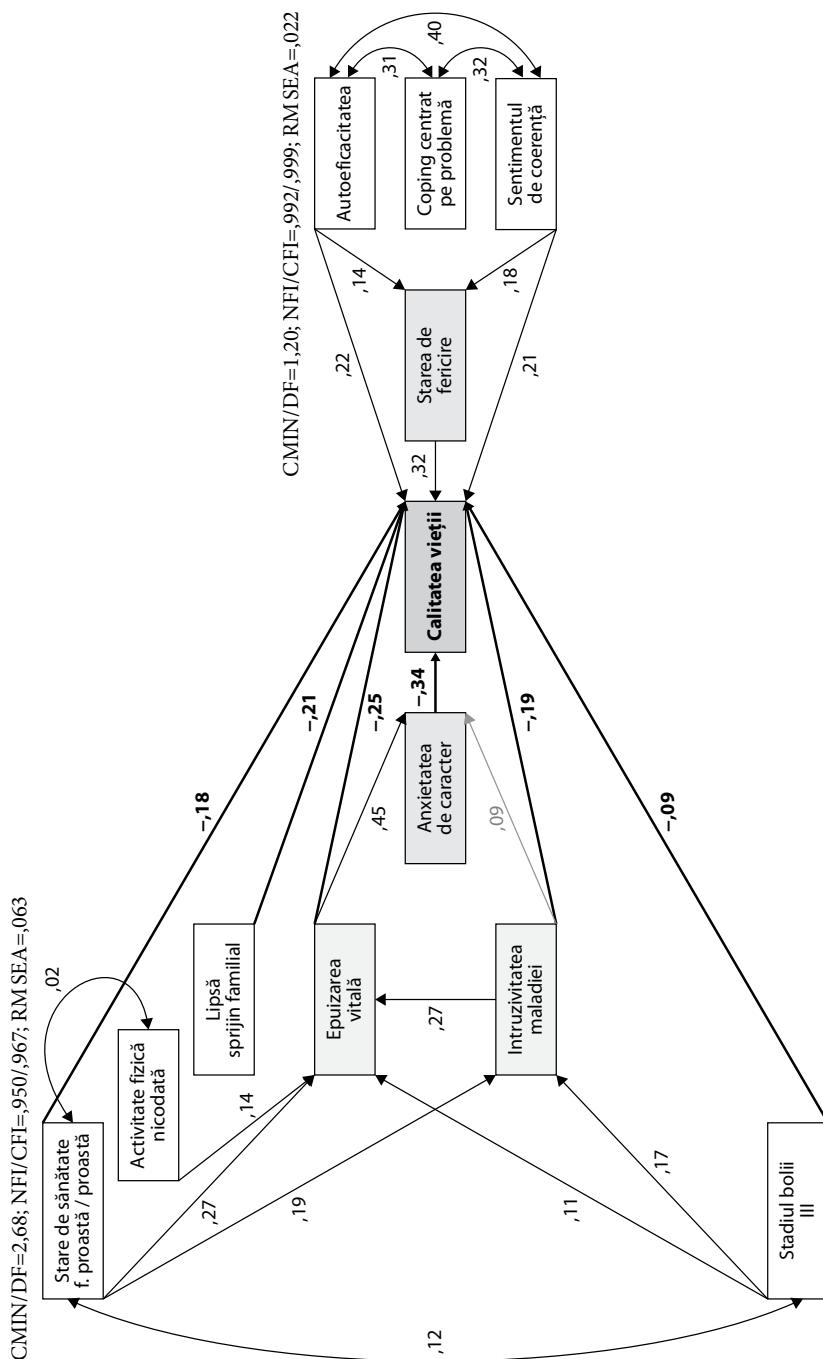


Diagrama 18. Analiza path cu ajutorul metodei AMOS, pe baza datelor demografice, medicale și de stil de viață standardizate. Variabila dependentă – calitatea vieții bolnavilor cu cancer

Tabelul 12. Analiza de regresie liniară pas cu pas în cercetarea calității vieții în funcție de sex

Masculin (n=182)	Feminin (n=238)
Anxietatea**	Anxietatea*
Autoeficacitatea*	Epuizarea vitală**
Epuizarea vitală**	Activități fizice–niciodată*
Diagnostic – doborât**	Sentimentul de coerență*
Starea de fericire*	Satisfacția de viață **
Pesimism, deznaștejde*	Intruzivitatea maladiei**
Copingul centrat pe problemă*	Starea civilă–văduvă*
Copingul emoțional-afectiv*	Consumul de alcool–săptămânal*
Starea de sănătate – bună/excelentă*	Radioterapie*
	Copingul centrat pe problemă*
	Consumul de alcool–lunar*
9 factori semnificativi explică 78,4% din variația totală	11 factori semnificativi explică 67,9% din variația totală
R ² adj.=,784; p<,0001	R ² adj.=,679; p<,0001

Notă: * p<0,05, ** p<0,0001

Tabelul 13. Analiza de regresie liniară pas cu pas
în cercetarea calității vieții în funcție de tipul și stadiul tumorii

Malignă (n=342)	Benignă (n=78)	Stadiul I (n=28)	Stadiul IV (n=47)
Anxietatea**	Anxietatea**	Anxietatea*	Epuizare vitală*
Epuizare vitală**	Lipsa sprijinului familial**	Starea de sănătate – proastă/foarte proastă **	Starea de fericire**
Starea de fericire*	Intruzivitatea maladiei**	Radioterapie*	Anxietatea**
Sentimentul de coerență*	Inhibiția comportamentală**	Practicarea religiei – la biserică*	Practicarea religiei – în felul propriu*
Intruzivitatea maladiei**	Starea de sănătate – bună/excelentă*	Depresie*	Inhibiția comportamentală*
Copingul centrat pe problemă*	Modalități de control – medici*	Satisfacția cu îngrijirea din spital*	
Activități fizice–niciodată*		Consumul de alcool–lunar*	
Lipsa sprijinului familial*			
Starea de sănătate – proastă/foarte proastă *			
Autoeficacitatea*			
Stadiul bolii – III*			

Malignă (n=342)	Benignă (n=78)	Stadiul I (n=28)	Stadiul IV (n=47)
11 factori semnificativi explică 68% din variația totală	6 factori semnificativi explică 77,7% din variația totală	6 factori semnificativi explică 84,8% din variația totală	6 factori semnificativi explică 88% din variația totală
R ² adj. =,680; p<,0001	R ² adj. =,777; p<,0001	R ² adj. =,848; p<,0001	R ² adj. =,880; p<,0001

Notă: * p<0,05, ** p<0,0001

Notă – factorii cercetați în analizele de regresie pas cu pas multivariate: vârstă, sex, domiciliu, educație, situație familială, religiozitate, statut socio-economic, etnie, cunoașterea diagnosticului, tipul/localizarea/stadiul tumorii, tratamente, activitatea fizică, consumul de alcool/tutun, intruzivitatea maladiei, depresia, deznașdejdea, inhibiția comportamentală, coping-ul emoțional și cel bazat pe problemă, atitudinile disfuncționale, autoeficacitatea, epuizarea vitală, sentimentul de coerentă, evenimente de viață negative, absența suportului familial, control exterior-medic/alții, anxietatea, evaluarea propriei stări de sănătate, reacția la diagnostic, evaluarea copilăriei, nivelul de satisfacție în legătură cu terapia, fericirea și mulțumirea legată de viață, asocierea acestora cu boala.

Tabelul 14. Analiza de regresie liniară pas cu pas în cercetarea calității vieții în funcție de localizarea tumorii

Mamar (n=80)	Col uterin (n=49)	Bronhopulmonar (n=46)	Colon (n=43)
Anxietatea**	Epuizare vitală*	Diagnostic – a ales vindecarea**	Pesimism, deznașdejde**
Starea de sănătate – proastă/foarte proastă**	Anxietatea**	Epuizare vitală**	Evenimente de viață negative*
Activități fizice – niciodată**	Copingul centrat pe problemă**	Asocierea bolii cu pierderile suferite**	Asocierea bolii cu pierderile suferite*
Intruzivitatea maladiei*	Modalități de control – medici**	Satisfacția cu îngrijirea din spital**	
Modalități de control – medici*	Starea financiară**	Evaluarea copilăriei**	
	Starea civilă – divorțat*	Activități fizice – săptămânal/zilnic*	
	Educație – profesională*, Bacalaureat – liceu*		
	Starea de fericire**		
	Starea de sănătate – bună/excelentă*		
	Domiciliu – sat*		
	Stadiul bolii – IV*		

Mamar (n=80)	Col uterin (n=49)	Bronhopulmonar (n=46)	Colon (n=43)
5 factori semnificativi explică 76,7% din variația totală	12 factori semnificativi explică 92,3% din variația totală	6 factori semnificativi explică 92,2% din variația totală	3 factori semnificativi explică 69,9% din variația totală
R^2 adj.=,767; p<,0001	R^2 adj. =,923; p<,0001	R^2 adj. =,922; p<,0001	R^2 adj. =,699; p<,0001

Notă: * p<0,05, ** p<0,0001

Din perspectiva obiectivelor cercetării mele, am considerat că analiza comparativă a calității vieții bune și slabe este esențială, la fel ca și identificarea și cercetarea factorilor secundari care intervin în deteriorarea substanțială a calității vieții persoanelor cu boli tumorale. Comparând grupul pacienților care aveau o calitate a vieții nesatisfăcătoare cu grupul celor cu o bună calitate a vieții, am constatat diferențe semnificative din punctul de vedere al vârstei (p<0,01), educației (p<0,0001), situației familiale (p<0,0001), situației economico-financiare (p<0,05), al tipului tumorii (p<0,01), al stadiului bolii (<0,0001) și al activității fizice (p<0,0001) (vezi tabelul 15.) În rândurile pacienților cu scoruri scăzute în privința calității vieții, procentul celor cu studii de sub opt clase (19,6% vs. 5,6%; p<0,0001), respectiv a văduvilor (22% vs. 6,6%; p<0,0001) este de trei ori mai mare. Există și aici, diferențe interesante: procentul vârstnicilor (27,4% vs. 13%; p<0,01), al celor în stadii onco-tumorale avansate (56,7% vs. 32,1%; p<0,0001) al celor fără activitate fizică (43,6% vs. 22,2%; p<0,0001) este dublu în grupul pacienților cu o slabă calitate a vieții. Între cele două grupuri, diferențele privitoare la sex, domiciliu, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, localizarea tumorii, tratamente oncologice, consumul de alcool și de tutun nu sunt semnificative statistic. Aceste date nu sunt incluse într-un tabel.

Pacienții cu un punctaj scăzut la calitatea vieții au, prin comparație cu grupul celor cu punctaj mare, scoruri semnificativ mai ridicate în ceea ce privește depresia (p<0,0001), anxietatea (p<0,0001), deznașdejdea (p<0,0001), intruzivitatea maladiei (p<0,0001), epuizarea vitală (p<0,0001), inhibiția comportamentală (p<0,01), controlul exterior (p<0,05) și singurătatea intra-familială (p<0,0001), experimentând, de asemenea, o mai puțin satisfăcătoare stare de bine fizică, emoțională, socială și funcțională (p<0,0001), un coping bazat pe rezolvarea problemei (p<0,0001), sentiment de coerență (p<0,0001)

și autoeficacitate ($p<0,0001$) mai redus (vezi tabelul 16.). Diferențe marcante, semnificative și din punct de vedere clinic, se observă în privința sindromului depresiv (punctaj mediu 27,20 vs. 17,48; $p<0,0001$), respectiv a stării de bine fizice (9,43 vs. 16,99; $p<0,0001$), emotionale (9,95 vs. 15,82; $p<0,0001$), sociale/familiale (14,67 vs. 19,81; $p<0,0001$) și funcționale (9,43 vs. 16,99; $p<0,0001$).

Tabelul 15. Prezentarea comparativă a calității vieții nesatisfăcătoare și satisfăcătoare, în funcție de factorii demografici, medicali și de stil de viață cercetați

Factori studiați (semnificativi)	Calitatea vieții nesatisfăcătoare		Sig. p
	FACT-G \leq 52	FACT-G \geq 53	
	(n=118)	(n=302)	
Vârstă	n (%)	n (%)	<0,01
18–35 ani	13 (11,1)	49 (16,4)	
36–65 ani	72 (61,5)	211 (70,6)	
Peste 65 ani	32 (27,4)	39 (13,0)	
Lipsă date (n=4)			
Educație	n (%)	n (%)	<0,0001
Sub 8 clase	23 (19,6)	17 (5,6)	
8 clase	16 (13,6)	31 (10,3)	
Școală profesională, de arte și meserii	20 (16,9)	76 (25,2)	
Bacalaureat – grup școlar profesional	15 (12,7)	49 (16,3)	
Bacalaureat – liceu	22 (18,6)	72 (23,9)	
Studii superioare, universitare	22 (18,6)	56 (18,7)	
Lipsă date (n=1)			
Starea civilă	n (%)	n (%)	<0,0001
Necăsătorit	13 (11,0)	39 (13,0)	
Căsătorit	69 (58,5)	217 (72,1)	
Divorțat	10 (8,5)	25 (8,3)	
Văduv	26 (22,0)	20 (6,6)	
Lipsă date (n=1)			
Starea financiară	n (%)	n (%)	<0,05
Nesatisfăcătoare	54 (46,2)	95 (31,9)	
Acceptabilă	29 (24,8)	84 (28,2)	
Satisfăcătoare	34 (29)	119 (39,9)	
Lipsă date (n=5)			
Tipul tumorii	n (%)	n (%)	<0,01
Benignă	11 (9,3)	67 (22,2)	
Malignă	107 (90,7)	235 (77,8)	

Factori studiați (semnificativi)	Calitatea vieții nesatisfăcătoare FACT-G≤52 (n=118)	Calitatea vieții satisfăcătoare FACT-G≥53 (n=302)	Sig. p
	n (%)	n (%)	
Stadiul bolii			<0,0001
I	6 (5,1)	22 (7,3)	
II	18 (15,3)	81 (26,8)	
III	50 (42,2)	67 (22,2)	
IV	17 (14,5)	30 (9,9)	
Nespecific(at), lipsă date	27 (22,9)	102 (33,8)	
Activități fizice			<0,0001
Niciodată	51 (43,6)	67 (22,2)	
Rar	27 (23,1)	88 (29,1)	
Săptămânal/zilnic	39 (33,3)	147 (48,7)	
Lipsă date (n=1)			

Tabelul 16. Prezentarea comparativă a calității vieții nesatisfăcătoare și satisfăcătoare, în funcție de factorii psihosociali cercetați

Factori studiați (semnificativi)	Calitatea vieții nesatisfăcătoare FACT-G≤52 (n=118)	Calitatea vieții satisfăcătoare FACT-G≥53 (n=302)	F	Sig. p
	Medie (SE)	Medie (SE)		
Intruzivitatea maladiei	53,74 (1,95)	41,11 (1,21)	27,71	<0,0001
Relații și dezvoltare personală	3,69 (.18)	2,63 (.11)	22,63	<0,0001
Intimitate	3,31 (.22)	2,57 (.13)	7,32	<0,01
Instrument	5,07 (.15)	4,11 (.09)	24,79	<0,0001
Depresie	27,20 (1,21)	17,48 (.75)	42,90	<0,0001
Categorii de depresie (BDI)	n (%)	n (%)		
Normală (0-9)	12 (10,3)	112 (37,2)		
Non-clinică (10-18)	16 (13,8)	79 (26,2)		
Moderată (19-25)	17 (14,7)	52 (17,3)		
Severă (26-60)	71 (61,2)	58 (19,3)		<0,0001
Lipsă date (n=3)				
Pesimism, deznădejde	5,83 (.30)	3,36 (.18)	44,41	<0,0001
Inhibiția comportamentală	8,71 (.41)	6,98 (.26)	11,46	<0,01
Copingul centrat pe problemă	7,78 (.41)	9,89 (.25)	17,17	<0,0001
Autoeficacitatea	6,31 (.27)	7,73 (.16)	18,66	<0,0001
Epuizarea vitală	15,04 (.46)	11,57 (.28)	37,86	<0,0001

Factori studiați (semnificativi)	Calitatea vieții nesatisfăcătoare FACT-G≤52 (n=118)	Calitatea vieții satisfăcătoare FACT-G≥53 (n=302)	F	Sig. p
Sentimentul de coerență	7,83 (.26)	9,29 (.16)	20,52	<0,0001
Lipsa sprijinului familial	29,52 (1,15)	23,46 (.71)	18,35	<0,0001
Modalități de control – alte persoane	13,11 (.34)	12,08 (.21)	5,83	<0,05
Starea de bine fizică	9,43 (.50)	16,99 (.31)	151,53	<0,0001
Starea de bine emoțional-afectivă	9,95 (.44)	15,82 (.27)	116,12	<0,0001
Starea de bine socială/familială	14,67 (.50)	19,81 (.31)	68,91	<0,0001
Starea de bine funcțională	9,43 (.50)	16,99 (.31)	151,53	<0,0001
Anxietatea de trăsătură	53,11 (.84)	46,57 (.50)	40,99	<0,0001

Covariabile: vârstă, sex, domiciliu, educație, stare civilă, situație socio-economică, religiozitate, etnie, cunoașterea diagnosticului, tipul, localizarea, stadiul tumorii, tratamente, evaluarea propriei stări de sănătate, reacția la diagnostic.

La compararea grupurilor în funcție de factorii psihosociali nu am identificat diferențe semnificative în privința atitudinii disfuncționale, a coping-ului emoțional și a evenimentelor de viață negative.

Tabelul 17. prezintă factorii prognostici ai slabiei calități a vieții, pe baza rezultatelor analizei de regresie logistică. Tabelul estimează și cât anume pot explica variabilele independente implicate în analiză din varianța variabilei dependente – slaba calitate a vieții (valori binare: 0=FACT-G≤52; 1=FACT-G≥53). Astfel, variabilele de mai sus explică 58,3% (R^2 Nagelkerke=0,583; $p<0,000$). Tumorile maligne ($OR=4,22$; 95% CI ,91–19,50; $p<0,05$), reacțiile negative, de panicare la diagnostic ($OR=3,60$; 95% CI 1,26–10,24; $p<0,05$), dar și traiul în orașele mici ($OR=3,41$; 95% CI 1,35–8,58; $p<0,01$) s-au dovedit factorii prognostici independenți ai slabiei calități a vieții. Depresia gravă ($OR=4,82$; 95% CI 1,51–15,31; $p<0,01$), scorul scăzut la coping-ul bazat pe problemă ($OR=3,39$; 95% CI 1,57–7,32; $p<0,01$), epuizarea vitală ($OR=3,25$; 95% CI 1,47–7,19; $p<0,01$) și intruzivitatea maladiei ($OR=2,39$; 95% CI 1,07–5,31; $p<0,05$) sporesc, chiar și independent unele de altele, de trei-patru ori riscul, ca pacienții să intre în grupul celor cu o calitate a vieții extrem de slabă.

Tabelul 17. Factorii prognostici semnificativi ai calității vieții nesatisfăcătoare, după ajustarea la factorii demografici, medicali și de stil de viață

Factori studiați (semnificativi)	Şansă relativă OR	Interval de încredere		p
		95% minim-maxim		
Depresie Severă	4,82	1,51–15,31	<0,01	
Tipul tumorii Malignă	4,22	,91–19,50	<0,05	
Reacția la aflarea diagnosticului Doborât/ă	3,60	1,26–10,24	<0,05	
Domiciliu Orașe mici	3,41	1,35–8,58	<0,01	
Copingul centrat pe problemă Scăzut	3,39	1,57–7,32	<0,01	
Epuizarea vitală Ridicată	3,25	1,47–7,19	<0,01	
Intruzivitatea maladiei Ridicată	2,39	1,07–5,31	<0,05	

Notă – factorii nesemnificativi din analiza de regresie logistică: vârstă, sex, domiciliu, educație, stare civilă, religiozitate, situație socio-economică, etnie, cunoașterea diagnosticului, localizarea tumorii, stadiul bolii, tratamente oncologice, activitatea fizică, consumul de alcool și de tutun.

Concluzii

În eșantionul de populație studiat de noi, factorii de risc pentru calitatea vieții sunt educația școlară precară, văduvia, domiciliul în orașe mici, nepracticarea religiei, tumorile maligne, stadiile avansate ale bolii, reacțiile negative la diagnostic, starea de sănătate proastă/foarte proastă, lipsa activității fizice, respectiv depresia gravă. Conform rezultatelor noastre, calitatea vieții poate evolua în sens pozitiv prin acțiunea unor factori precum educația și studiile superioare, statutul de căsătorit, religiozitatea și practicarea religiei în sănul bisericii, tumorile benigne, stadiile primare ale bolii, reacții pozitive la diagnostic, marcate prin credința în divinitate, voința de a se însănătoși și sfidarea bolii, starea de sănătate bună, activitatea fizică săptămânală/zilnică, absența simptomelor depresive.

În același timp, am constatat o corelație puternic negativă, respectiv pozitivă între calitatea vieții și sindromul depresiv, anxietate, epuizare vitală, intruzivitatea maladiei și sentimentul de coerență. Aceste corelații rezistă și dacă rezultatele sunt ajustate la vîrstă, sex, educație, stare civilă, situație socio-economică, reacția la diagnostic, tipul/localizarea/stadiul tumorii, tratamente oncologice și la starea de sănătate.

Trebuie precizat și faptul că, în privința calității vieții, am observat diferențe semnificative nu doar statistic, ci și clinic (diferență la punctaj mediu 8–10; Cella, Hahn și Dineen, 2002b) la capitoalele educație, religiozitate, stare de sănătate și depresie. Potrivit analizelor statistice multivariate, în cercetarea noastră clinică, cel mai important factor prognostic al calității vieții persoanelor cu tumorii maligne este anxietatea, care devine astfel un factor mai important decât stadiul avansat al bolii, starea de sănătate proastă/foarte proastă, intruzivitatea maladiei, epuizarea vitală, absența suportului familial, respectiv fericirea, coping-ul bazat pe problemă, sentimentul de coerență, autoeficacitatea și lipsa activităților fizice. Valoarea medie, calculată pe totalul populației cercetate, a scalei de anxietate (STAI-T) este $47,87 \pm 9,67$ (SD) – la bărbați $46,05 \pm 9,62$; la femei $49,26 \pm 9,50$; la tumorile maligne $48,16 \pm 9,97$; la tumorile benigne $46,59 \pm 8,12$; în stadiul I $49,39 \pm 11,66$; în stadiul II $46,94 \pm 9,10$; în stadiul III $48,93 \pm 9,45$; în stadiul IV $48,21 \pm 10,55$; la cancer mamar $48,94 \pm 10,16$; la cancer de col uterin $49,18 \pm 8,54$; la cancer pulmonar $45,58 \pm 10,29$ și la cancer de colon $47,00 \pm 10,28$, punctajul maxim fiind 80. În cercetarea noastră 46,7% (n=194) din pacienții cu boli tumorale au raportat valori ale anxietății peste medie, în timp ce 53,3% (n=221) au avut scoruri sub medie. Informațiile și datele privitoare la anxietate sunt lacunare în cinci dintre cazuri.

Modelul rezultat în urma analizei path arată că drumul cel mai marcat negativ în legătură cu calitatea vieții pacienților cu cancer se manifestă prin relația cu anxietatea, epuizarea vitală și intruzivitatea maladiei, în timp ce drumul cel mai pozitiv atinge aspecte precum fericirea, autoeficacitatea, sentimentul de coerență și de sens al vieții. Analizele de regresie care iau în considerare sexul, tipul tumorii, stadiul bolii și localizarea tumorii evidențiază faptul că anxietatea și epuizarea vitală sunt de fiecare dată factori prognostici, explicativi ai evoluției negative a calității vieții. Cercetarea noastră relevă faptul că, după ajustarea la variabilele demografice, medicale și de stil de viață, riscul deteriorării calității vieții pare să fie determinat și influențat mai ales

de depresia gravă și malignitatea tumorii, respectiv de reacția negativă la diagnostic, traiul în orașele mici, insuficiența coping-ului bazat pe problemă, epuizarea vitală și intruzivitatea maladiei.

5. Interpretare

Cercetarea noastră psiho-oncologică demonstrează, prin analizele asociative și de corelație inițiale, dar și prin analizele statistice multivariate că factorii psihosociali cercetați au, în mod evident, un efect autonom, independent și semnificativ, atât din punctul de vedere al variabilelor demografice, medicale și de stil de viață, cât și din acela al informării asupra diagnosticului, al sindromului depresiv și al calității vieții. Aici se cuvine să subliniem din nou că variabilele psihosociale implicate au fost analizate într-un model comun, deoarece subiectul cercetării noastre este tocmai acel set de paralelisme și corelații care funcționează între acei factori psihosociali, care sunt frecvent abordați în cercetările psiho-oncologice, însă individual și nu împreună. În acest sens, am urmat și recomandările cele mai recente ale literaturii de specialitate (Garssen, 2004).

1. În cercetarea noastră clinică, am evidențiat, conform obiectivelor propuse, caracteristicile practicilor de informare asupra diagnosticului în România: ne-am referit la probleme precum frecvența fenomenului necunoașterii diagnosticului, factorii demografici, medicali și psihosociali care influențează acest fenomen, respectiv efectul lipsei informării din perspectiva suferinței și distresului psihosocial.

În eșantionul de populație studiat, aproape fiecare al cincilea subiect (20%) este afectat de fenomenul necunoașterii diagnosticului oncologic. Rezultatele cercetării noastre, privitoare la proporțiile informării asupra diagnosticului, sunt în concordanță cu măsurările efectuate de către Lin (1999), respectiv Pronzato și colaboratorii (1994). Nu există însă date anterioare privitoare la acest subiect pe teren românesc.

Cu toate acestea, este foarte dificil de stabilit dacă evitarea informării asupra diagnosticului oncologic servește aparentă siguranță a medicului sau cea a familiei, deoarece rezultatele noastre arată că, din perspectiva pacientului,

lipsa informării se asociază cu un nivel ridicat de depresie, pesimism, respectiv cu un nivel scăzut de coping bazat pe rezolvarea problemei.

Din cauză că investigația noastră este una transversală, nu putem ști cu precizie direcția și orientarea corelației dintre depresie și lipsa informării în cazurile studiate de noi. Este posibil ca medicul să nu-și informeze pacientul tocmai din cauză că acesta pare mai depresiv și mai pesimist, dar este la fel de posibil ca pacienții să dezvolte comportamente depresive și pesimiste tocmai fiindcă au parte de neîncredere și comunicare dublă din partea medicului curant.

Rezultatele noastre arată că două treimi dintre pacienții care nu își cunosc diagnosticul oncologic suferă de forme de depresie medie sau gravă, nivelul depresiei în cazul lor fiind semnificativ mai mare față de cei care își cunosc diagnosticul. Cu toate acestea, evitarea furnizării informațiilor asupra diagnosticului este ilegală și în cazul pacienților cu depresie gravă sau cu risc crescut de acte suicidale, în cazul în care aceștia doresc să aibă acces la aceste informații. În astfel de cazuri, este indicat să se adopte un tip de comunicare personalizat, bilateral, suportiv, cu scopul reducerii riscurilor. O comunicare adecvată a știrilor sau a informațiilor negative poate contribui la reducerea sentimentului de nesiguranță a pacientului, la ameliorarea anxietății acestuia, precum și la îmbunătățirea gradului de satisfacție, de mulțumire în legătură cu relația medic-pacient (Pilling, 2004).

În general, consecința complotului pentru păstrarea tăcerii este pierderea încrederii pacientului în medicul său, dar și în familie (Mystakidou, Parpa, Tsilika, Katsouda și Vlahos, 2004). Annunziata (1997) consideră că evitarea informării asupra diagnosticului instaurează un dezechilibru în relația medic-familie-pacient, dar induce în pacient un sentiment de neîncredere generalizat, consecința căruia fiind că, ulterior, acesta va primi cu neîncredere orice informație venită din partea medicului. „*Complotul tăcerii*” – adică nefurnizarea informațiilor asupra diagnosticului tocmai către persoana implicată, din motive care țin de un fals interes al acestuia –, dăunează grav relației medic-pacient. Din perspectiva funcționalității sistemului familial, păstrarea tăcerii sugerează faptul că modelele comunicative și de coping proprii familiei respective nu permit o discuție clară, deschisă și suportivă asupra bolii, de aceea și alte teme familiale, conexe tematicii legate de boală (de exemplu, roulurile din cadrul familiei), sunt abordate cu ocolisuri și ezitări. Astfel, toată familia experimentează o stare de izolare emoțională, o lipsă a

suportului afectiv (Gotay, 1996; Mystakidou și colab., 2004). Din cauza gradului ridicat de implicare psihosocială, și membrii familiei pacientului oncologic sunt supuși unui risc în evoluția clinică a bolii tumorale, devenind astfel pacienți de gradul doi (Komlósi, 2006b).

Având în vedere faptul că, în sistemul medical românesc, încă se evită furnizarea de informații factuale și concrete legate de diagnostic și de prognosticul bolii, pacienții devin din ce în ce mai izolați și participă la complotul tăcerii, considerat încă un model comportamental. Cum familia poate fi unica sursă de suport moral și fizic a pacientului, un criteriu fundamental ar trebui să fie relația strânsă dintre pacient și familie, suportul emoțional și social, îngrijirea (Lee și Wu, 2002).

Faptul că în România nu există încă un model general valabil de comunicare a diagnosticului tumoral, este explicabil, dacă ținem cont de faptul că specialiștii implicați în relația cu pacientul, medicii și cadrele medii nu posedă capacitatele necesare comunicării știrilor și informațiilor negative, nu există cursuri de calificare în comunicarea „veștilor proaste”. În România medicii nu sunt încă pregătiți și nu posedă acele abilități și cunoștințe psihologice care vizează o abordare holistică a tratării bolilor, considerarea ființei umane în întregul ei. Trebuie însă menționată schimbarea survenită în 2003 în atribuirea licenței de practicare a meseriei medicale, conform căreia comunicarea empatică, comunicarea cu pacientul oncologic și bioetica au devenit o componentă importantă a formării viitorilor medici.

Trebuie spus, de asemenea, că în mentalul colectiv românesc boala tumorala sau cancerul este încă sinonim cu decesul și nu este îndeajuns conștientizat nici faptul că un pacient cu neoplasm diagnosticat și tratat din timp, are șanse ridicate de recuperare și vindecare completă.

2. Din perspectiva ipotezelor noastre de cercetare, un rezultat deosebit de important pare a fi frecvența foarte ridicată a depresiei clinice, mai exact faptul că sindromul depresiv de nivel clinic se manifestă concomitent cu o vulnerabilitate psihosocială sporită și o depreciere considerabilă, din perspectiva efectelor clinice, a calității vieții.

Datele noastre demonstrează că aproape jumătate dintre pacienții din spitalele de oncologie ardelene, care au participat în cercetarea noastră, suferă de forme de depresie clinică, care ar necesita tratament. Procente similare au fost publicate și de către Derogatis și colaboratorii (1983), ulterior confirmate

și de experiențele clinice ale lui Riskó (1999). Cu toate că nu există date anterioare de pe teren românesc, pe baza cercetărilor internaționale și maghiare similare, – prezentate în capitolul introductiv –, putem conchide că această prevalență a depresiei medii și grave este deosebit de ridicată (Horváth și Telekes, 2006b; Massie, 2004). Trebuie spus că o parte a literaturii de specialitate consideră că rata recidivelor la bolnavii afectați de depresie este de 50–90%, – în funcție de numărul episoadelor depresive –, iar la 20% din cazuri, – mai ales la cei care nu beneficiază de tratament corespunzător –, se preconizează instalarea unui proces de cronicizare (Grassi și Uchitomi, 2009).

Datele noastre sugerează că, după eliminarea efectelor factorilor demografici, medicali și de stil de viață, factorii prognostici ai sindromului depresiv de nivel clinic sunt: sexul feminin, valori mari ale coping-ului emoțional, deznădejdea, slabă calitate a vieții, epuizarea vitală marcantă, atitudinile disfuncționale, anxietatea, scoruri mari ale intruzivității maladiei și inhibiției comportamentale, diminuarea autoeficacității și a sentimentului de coerentă, respectiv evaluarea nefavorabilă a copilăriei.

În acest punct, se pune întrebarea dacă deznădejdea sau disperarea este simptomul cel mai important al depresiei, însă numeroase studii psihoncologice (Everson și colab., 1996; Greene, 1989) au arătat că deznădejdea corelează puternic cu mortalitatea și tendințele suicidale ale bolnavilor cu boli oncologice, independent de depresie. Tocmai din această cauză deznădejdea trebuie cercetată independent. Trebuie apoi subliniat că, deși în cercetarea prezentă corelația dintre depresie și deznădejde au avut valori medii, în modelele de regresie, indicatorul multicoliniarității (VIF) nu a depășit în nici un caz valoarea limită cea mai conservatoare, ceea ce sugerează că variabilele nu măsoară și nu se referă la același fenomen.

Datele referitoare la depresie sunt validate și de către Livingston, Watkin, Milne, Manela și Katona (2000), respectiv de rezultatele cercetării Hungarostudy 2002, potrivit cărora factorii prognostici ai gravității sindromului depresiv sunt: sexul feminin (Livingston și colab., 2000), atitudinile ostile, diminuarea autoeficacității și a capitalului social, atitudinile disfuncționale, insuficiența suportului partenerial și a capacitatei de control, respectiv strategiile de coping emoțional (Kopp și Réthelyi, 2004a; Kopp, Skrabski, Réthelyi, Kawachi și Adler, 2004b), epuizarea vitală și lipsa țelurilor în viață (Purebl și Kovács, 2006). Cu toate că, datorită caracterului transversal al cercetării, nu am putut stabili relații cauzale între depresie și factorii analizați,

prevalența foarte ridicată a depresiei capătă semnificație deosebită, iar noi am demonstrat că aceasta amplifică, în sine, distresul tumoral, respectiv afectează calitatea vieții pacienților oncologici.

În cercetarea noastră am demonstrat, conform ipotezelor noastre inițiale, efectul negativ devastant al sindromului depresiv de nivel clinic asupra funcționalității psihosociale, respectiv asupra calității vieții. Rezultatele noastre arată că pacienții oncologici cu depresie sunt mai pesimisti, mai anxioși, mai epuizați, mai izolați, preferă coping-ul emoțional, au valori mai mari ale inhibiției comportamentale, atitudinii disfuncționale și controlului exterior și le sunt mai puțin caracteristice autoeficacitatea și sentimentul de coerență și de sens al vieții. În ceea ce privește calitatea vieții, în special în subcategoriile stării de bine fizice și funcționale, unde au fost depistate diferențe ale punctajelor medii de 8–10, respectiv de 2–3 puncte, se poate afirma că aceste diferențe au semnificații și efecte clinice deosebite (Cella, Hahn și Dineen, 2002b). Aceste rezultate concordă cu aceleia ale lui Grassi și colaboratorii (1996) respectiv Koller și colaboratorii (1996), care au demonstrat, anterior că depresia pacienților cu boli tumorale se asociază, în primul rând, cu deprecierea calității vieții. Potrivit modelului biocomportamental al distresului tumoral, deteriorarea, alterarea sau modificarea calității vieții este semnificativă mai ales când ea se repercuzează, prin efecte clar identificabile și asupra proceselor imunologice și somatice (cum ar fi proliferarea și progresia celulelor tumorale), adică nu afectează, în sens negativ, exclusiv funcționalitatea psihologică și socială (Andersen, Kiecolt–Glaser și Glaser, 1994).

Unele cercetări psihico-oncologice internaționale și maghiare reliefăază rolul nefast, independent al depresiei asupra sănătății pacienților cu cancer (Bailey și colab., 2005; Dégi, 2008; Massie, 2004). Simptomele depresiei cauză, ele însă, o alterare semnificativă a calității vieții, iar prin asociere cu alte boli cronice, induc, adeseori, o deteriorare funcțională multiplă (adică o alterare a funcționalității dincolo de aceea explicabilă prin gravitatea obiectivă a bolii), reprezentând, astfel, un factor de risc de mortalitate important (Kovács și Mészáros, 2006b). Onitilo, Nietert și Egede (2006), au studiat, într-o cercetare longitudinală și reprezentativă, timp de opt ani, 10.025 de persoane adulte, stabilind patru grupuri de studiu, în funcție de ocurența sindromului depresiv: a) grupul de referință – fără boală tumorală și fără depresie; b) cu depresie și fără boală tumorală; c) cu boală tumorală și fără depresie, respectiv d) cu boală tumorală și cu depresie. După ajustarea la

factorii relevanți din punct de clinic, riscul mortalității pacienților cu boală tumorală și cu depresie a fost cu 19%, 24%, respectiv 70% mai mare, în comparație cu grupul pacienților cu tumorii, cu depresie sau cu grupul de referință. Rata mortalității a avut cele mai mari valori în grupul pacienților cu tumori și cu depresie, iar indiferent de acțiunea factorilor de risc tradiționali, mortalitatea pacienților depresivi a fost de două ori mai mare decât aceea a persoanelor fără depresie. Cercetătorii au conchis, de asemenea, că, indiferent de localizarea tumorii, asocierea bolii tumorale cu depresia are mai degrabă efecte cumulative și nu sinergice asupra creșterii riscului de mortalitate. Acest lucru se explică, probabil, prin faptul că depresia afectează funcțiile și mecanismele de reglare a sistemului endocrin și a celui imunitar, ceea ce influențează în sens negativ, prin activarea continuă a axei HPA, controlul imunologic al celulelor tumorale, rezistența la progresia tumorală, dar și creșterea șanselor de rupere ADN, respectiv frânarea sau prevenirea apoptozei (Gidron, Russ, Tissachondou și Warner, 2006; Irie, Miyata și Kasai, 2005; Levy, Herberman, Lippman, D'Angelo și Lee, 1991). În același timp, depresia este corelată și cu afectarea oxidativă ADN, asociată bolilor tumorale, din cauză că la persoanele cu cancer, nivelul 8-OH-dG (8-hydroxydeoxyguanosine) este mai ridicat, comparativ cu grupul de control (Gidron și colab., 2006; Irie, Miyata și Kasai, 2005).

Cercetările epidemiologice atrag atenția supra faptului că, nu doar efectul de risc global al depresiei de nivel clinic trebuie subliniat, ci și importanța simptomelor depresive ușoare, nesemnificative clinic, deoarece majoritatea persoanelor afectate de aceste simptome rămân, din cauza lipsei semnificației psihiatricice, neținute, dar menținându-se astfel, prin desconsiderare, un factor de risc activ (Purebl și Kovács, 2006).

3. La persoanele cu boli tumorale, participante în cercetarea noastră, am măsurat, în privința calității vieții, respectiv a stării de bine fizice, emoționale, sociale și funcționale, punctaje mai reduse decât datele de referință normative ale Scalei de măsurare a calității vieții FACT-G 4.0, menționate în capitolul dedicat metodelor de lucru (Brucker și colab., 2005). Comparând aceste date asupra calității vieții cu rezultatele anterioare, stabilite de Cella și colaboratorii (1995), se observă o similitudine remarcabilă. Din cauza absenței datelor și a acestui tip de cercetare în România, din lipsa datelor de referință, această tendință negativă nu poate fi analizată, interpretată îndeajuns de credibil.

Cu toate acestea, am demonstrat, în concordanță cu rezultatele altor cercetări internaționale (Grassi și colab., 1996, 1997), corelația puternică dintre alterarea calității vieții – care include starea de bine fizică, emoțională, socială și funcțională – și distresul pacienților cu boli tumorale.

Validând ipoteza noastră inițială, am stabilit că factorii psihosociali, în special anxietatea, influențează în măsură semnificativă evoluția calității vieții pacienților cu boli tumorale, alături de acțiunea factorilor demografici, medici și de stil de viață. Modelul empiric rezultat în urma analizei path demonstrează ipoteza (Devins, 1994b) conform căreia progresia bolii cronice (stadiul bolii) și starea de sănătate își exercită efectul asupra calității vieții prin intermediul factorilor psihosociali, în cazul nostru în special intruzivitatea maladiei, epuizarea vitală și anxietatea.

Efectul negativ independent al anxietății asupra calității vieții trebuie cercetat – după ajustarea la variabilele demografice, medicale și de stil de viață, – având în vedere că anxietatea se asociază cu o intensificare și activare a reprezentărilor negative legate de boala tumorala, ceea ce induce o creștere a atenției și îngrijorărilor legate de simptomele și manifestările somatice (Cameron, Leventhal și Love, 1998). Se cuvine apoi spus că nivelul înalt de anxietate, care se instalează după stabilirea diagnosticului oncologic, este factorul prognostic cel mai credibil, pe termen lung, al anxietății cronice a bolnavilor cu cancer (Nordin și Glimelius, 1999).

Cercetări prospective asupra unor persoane care au suferit intervenții cardiace au demonstrat efectul autonom, independent al anxietății, prin comparație cu depresia, din perspectiva mortalității (Székely și colab., 2007). De Jonge și colaboratorii (2006) au conchis, că, pe termen lung, doar trăsătura de personalitate anxioasă poate prognoza depresia, ceea ce lasă de înțeles că anxietatea poate juca rolul unui factor intermedier în interrelaționările dintre vârstă, boli somatice și depresie.

Identificarea și tratarea sindromului anxios este necesară și importantă în cazul pacienților cu cancer, deoarece în caz contrar, tulburările anxiuoase reduc capacitatea de coping, de luptă, afectează nivelul intelectual și capacitatea de a lua decizii și încarcă relațiile afective (Riskó, 1999).

Avantajele și actualitatea abordării bio-psihosociale, din perspectiva calității vieții pacienților cu cancer, au fost sintetizate de către Devlin și colaboratorii (1982) astfel: „*Societatea a stabilit că viața umană trebuie salvată cu orice preț, prin aplicarea celor mai bune cunoștințe chirurgicale. Acum însă trebuie*

să ținem cont și de calitatea vieții salvate și de costurile implicate” (apud Greer și Silberfarb, 1982, 570). Studierea calității vieții are avantajul că facilitează comunicarea medic-pacient, încurajează luarea deciziilor în comun, le furnizează pacienților un feedback în legătură cu progresia bolii, tratamente și rezultate, respectiv contribuie la identificarea și controlul nevoilor fizice, funcționale, psihosociale și educaționale (Di Maio și Perrone, 2003; Perry, Kowalski și Chang, 2007). Spre exemplu, prin comparație cu medicii din grupul de control, medicii subiecților cercetării răspund mai frecvent la nevoile pacienților referitoare la calitatea vieții și, la nevoie, îi îndrumă pe aceștia, într-un procent mai mare, către alți specialiști (73% vs. 68,5%) (Magruder-Habib, Zung și Feussner, 1990; Mazonson și colab., 1996). De asemenea, 79% din pacienții respectivi apreciază că medicii curanți răspund, ca o consecință a cercetării, mai prompt nevoilor lor și că 57% din medici s-au folosit, pe parcursul muncii lor, de rezultatele atinse pe scara calității vieții de către pacienții lor (Detmar și colab., 2002).

Concluzii

Analizele statistice multivariate aplicate în cercetarea noastră ne-au arătat că, din perspectiva diagnosticului tumoral, a sindromului depresiv și a depresiei clinice, a calității vieții și a alterării acesteia, factorii comuni cei mai importanți sunt: tumorile maligne, anxietatea, depresia gravă, epuizarea vitală, intruzivitatea maladiei, coping-ul emoțional și cel bazat pe rezolvarea problemei, respectiv autoeficacitatea. În grupul pacienților cu tumorile maligne, anxietatea și deznădejdea au explicat, în proporție de 52%, apariția sindromului depresiv. Factorii predictori cei mai importanți, de 49,9%, ai calității vieții acestor pacienți, sunt anxietatea și epuizarea vitală. Totodată, analizele de regresie, efectuate ținând cont de sex, tipul tumorii, stadiul bolii și localizarea tumorii, relevă și ele că anxietatea și epuizarea vitală sunt factorii explicativi și prognostici comuni ai deteriorării și alterării calității vieții.

O atenție profesională și clinică specială trebuie acordată ocurenței și efectelor psihosociale ale sindromului depresiv-anxious și ale calității vieții slabe, cel puțin din două cauze. Pe de o parte, nu se poate demonstra fără drept de apel ipoteza conform căreia, în perioada imediat următoare stabilirii diagnosticului oncologic, în intervale diferite, prevalența distresului tumoral, respec-

tiv a anxietății și depresiei scade (Mehnert și Koch, 2005). Pe de altă parte, modificarea calității vieții în timpul tratamentului, mai ales în ceea ce privește starea de bine fizică, are o semnificație specială din perspectiva progresiei bolii oncologice și a șanselor de supraviețuire (Eton și colab., 2003). Cu toate acestea, trebuie să subliniem, la unison cu opinii similare din literatura de specialitate psiho-oncologică și din praxisul clinic că deși boala oncologică este asociată unei lezări psihosociale importante, pacienții cu cancer nu sunt bolnavi psihici, cu excepția cazurilor în care e vorba de o premorbiditate, de o tulburare sau boală psihiatrică preexistentă (Riskó, 2006a).

Limitele cercetării

În primul rând, trebuie subliniat că, dat fiind caracterul transversal al cercetării, stabilirea unor relații de cauzalitate nu este posibilă. Rezultatele noastre ne conduc doar la concluzia că diagnosticul tumoral, sindromul depresiv și calitatea vieții coreleză cu unele variabile demografice, medicale, de stil de viață și psihosociale, dar nu putem trage concluzii privitoare la direcția acestor relații.

În conformitate cu aprobarea comisiei etice, am identificat, prin chestionare, gradul de informare asupra diagnosticului tumoral conform declarațiilor medicilor. Astfel, rezultatele noastre privind cunoașterea sau necunoașterea diagnosticului de către pacient reflectă, de fapt, părerea medicului și nu declarația pacientului. Nu știm dacă medicul și-a întrebat sau nu pacientul dacă acesta dorește sau nu să cunoască tabloul complet al bolii de care suferă. Acest lucru îngreunează interpretarea rezultatelor. Ceea ce avem însă, este că „*medicul știe că pacientul nu știe*”, cu toate că e de datoria medicului să-și informeze pacientul asupra diagnosticului. De aceea, considerăm necunoașterea diagnosticului în primul rând o lipsă de comunicare a medicului către pacient. În acest sens, rezultatele cercetării noastre atrag atenția asupra celor care sunt expuși unui risc în privința neinformării asupra diagnosticului. În același timp, însă, comunicarea diagnosticului este influențată de factori importanți precum atitudinea pacientului spitalizat vizavi de o astfel de conversație (Kvale, 2007), dificultăți lingvistice și de comunicare în cazul pacienților aparținând minorităților etnice (Street, 2007), respectiv fobiile, stigmatizarea

și izolarea socială care sunt asociate cancerului, aspecte pe care nu le-am inclus în cercetarea noastră.

În legătură cu limitele demersului nostru, trebuie spus că rapoartele și eva- luările făcute de pacienți cu tumorii anxioși și/sau depresivi despre propria lor stare de sănătate și funcționalitate, respectiv rememorarea detaliilor legate de diagnosticul tumoral, pot căpăta accente subiective, prin suprareprezentarea aspectelor și experiențelor negative și a informațiilor despre efectele secundare devastante ale tratamentelor oncologice (Mogg, Bradley și Williams, 1995). În cazul bolilor cronice, coping-ul devine un automatism, o obișnuință, astfel că riscul și primejdile probabile pot fi rezolvate de către bolnavi. Ca o consecință a coping-ului anticipat, situația de stres nu se instalează, respectiv rezolvarea eficientă a situației nu este percepță drept o strategie de coping, acest lucru reprezentând una din cele mai mari dificultăți ale cercetărilor prin metoda chestionarului (Tiringer, 2007a).

Datele noastre nu se pretează la analize fine, de detaliu, deoarece nu disponem de informații detaliate legate de diagnostic, stadiul bolii, intervenția chirurgicală, tipul radio-/chemoterapiei și tratamentele menite să reducă efectele secundare. Astfel, nu putem determina cu precizie dacă pacienții din cercetarea noastră au fost tratați conform același protocol, procedeu medical sau dimpotrivă, ceea ce poate influența, conform unor studii, efectul procedurilor medicale asupra funcționalității și stării de bine psihosociale, respectiv asupra calității vieții (Akin, Can, Durna și Aydiner, 2008; von Gruenigen și colab., 2006).

6. Concluzii; inovații

Cercetarea noastră este primul demers interdisciplinar de acest tip din România, este prima cercetare care vizează o abordare a aspectelor psihosociale ale bolilor tumorale, prin implementarea și aplicarea unor analize statistice multivariate și a unor chestionare multifocale. Unele dintre rezultatele obținute astfel sunt de importanță internațională. Iată cele mai importante dintre ele:

1. În urma aplicării chestionarelor, am publicat date noi, care reprezintă puncte de referință în legătură cu frecvența necunoașterii diagnosticului sau cu prevalența distresului tumoral sau a alterării calității vieții la nivelul populației oncologice din Transilvania.
2. Pe parcursul cercetării, am determinat valorile medii ale chestionarelor psihiatric (BDI și STAI-T) sau de calitate a vieții (FACT-G 4.0) aplicate grupului de pacienți cu cancer din Transilvania.
3. Am demonstrat, aidoma celor mai recente cercetări din paleta internațională, efectele negative ale distresului, ale depresiei clinice, ale calității vieții slabe asupra funcționalității psihosociale a indivizilor spitalizați.
4. Am identificat cele mai importante diferențe în cadrul subgrupurilor, în ceea ce privește cunoașterea versus necunoașterea diagnosticului, depresia clinică versus subclinică, respectiv buna versus slaba calitate a vieții.
5. Am identificat și descris caracteristicile grupurilor cu risc crescut din perspectiva necunoașterii diagnosticului, a distresului tumoral, a deteriorării calității vieții.
6. Am stabilit care sunt factorii comuni cei mai importanți care determină funcționalitatea și vulnerabilitatea pacienților cu cancer.
7. Pe baza rezultatelor noastre, recomand utilizarea metodei chestionarelor în spitalele de oncologie, pentru identificarea celor mai importante probleme psihosociale.

Utilitatea rezultatelor cercetării

Datele cercetării noastre psiho-oncologice demonstrează că principiul triplu, bio-psiho-social este aplicabil, ceea ce impune necesitatea implementării altor cercetări, care să aibă ca obiectiv nu doar relevarea chestiunilor și problemeelor fundamentale ale bolilor oncologice, ci și îmbunătățirea și dezvoltarea activităților de psihoterapie și de creștere a calității vieții.

În România, informarea pacientului este datoria medicului, dar o schimbare de paradigmă în domeniul diagnosticului oncologic s-ar putea produce doar peste câțiva ani sau chiar decenii. Rezultatele cercetării noastre scot în evidență aspectele medicale, psihologice și sociale esențiale ale comunicării diagnosticului oncologic și reliefeză importanța și necesitatea unui tip de informare și comunicare centrat pe pacient.

Cercetarea noastră relevă faptul că factorii de risc somatici, tradiționali și psihosociali acționează concomitent în multe dintre cazuri, astfel că demersurile de depistare a distresului tumoral și de reducere a vulnerabilității psihosociale, precum și activitățile de reabilitare ar trebui să țină cont de acest lucru.

În România, practica examinării psihosociale a pacienților cu cancer nu are încă o tradiție sau un protocol profesional, care să facă posibilă depistarea și tratarea situațiilor de criză de origine psihică sau socială la bolnavii cu boli oncologice. Pe baza rezultatelor noastre, recomandăm examinarea psihosocială a pacienților cu cancer, evaluarea, ca procedeu de rutină, a problemelor psihosociale și de calitate a vieții (cum ar fi distresul afectiv), precum și a factorilor de risc ale acestora. Din punctul de vedere al tratamentelor psiho-oncologice, depistarea timpurie a vulnerabilității psihosociale este esențială, așa cum este și introducerea unui plan de tratament individualizat și implementarea unor mecanisme de intervenție informativă, suportivă și creațoare de resurse, deoarece intervențiile psihosociale și reabilitarea oncologică reduc substanțial riscul și vulnerabilitatea psihosocială a pacienților, în paralel cu îmbunătățirea calității vieții (Edelman, Craig și Kidman, 2000).

Alături de tratamentele antidepresive, considerăm că se impune și introducerea unor grupuri de suport psihosocial (de exemplu, terapia de grup), respectiv organizarea acestora în aşa fel încât pacienții spitalizați în institutele și spitalele de oncologie să aibă acces la ele. Acest mecanism funcționează, sporadic, și azi, atât la nivel național cât și regional. Recomandăm adaptarea,

în România și în Transilvania, a unor programe de intervenție psihoncologică care sunt deja funcționale în Ungaria, printre acestea numărându-se programele Asociației Psiho-Oncologice Ungare și a Fundației *Pasărea de Foc*, Training-ul de formare a deprinderilor de viață Williams (Williams Life Skills Training) și *Sprijin pentru cei care se sprijină* ori serviciile psihoncologice ale Casei Hospice din Budapesta. Cei care ar putea face parte din acest team oncologic multidisciplinar ar fi oncologii, asistentele, medicii de familie, psihologii sau psihiatri, asistenții sociali, specialiștii în gimnastică medicală, preoții și voluntarii instruiți special pentru astfel de activități (Horváth și Telekes, 2006a).

Toate acestea însă nu se pot realiza fără cursuri de formare profesională și de comunicare, mai întâi pentru personalul medical, apoi și pentru toți membrii acestor echipe oncologice multidisciplinare. În prezent se face foarte puțin în această privință. Ținând cont de faptul că personalul medical nu poate comunica deschis cu pacienții cu cancer, se impune ca aceștia să fie calificați în comunicarea veștilor proaste și să fie capabili să reacționeze empathic la distresul psihosocial al acestor pacienți. Dezvoltarea capacitaților de comunicare multidisciplinară a acestor specialiști oncologi constituie una din prioritățile momentului, care transcende specializarea rigidă și ineficientă economic a sistemului medical românesc. În prezent, datorită absenței acestor specialiști, formați în comunicare, sarcina psihosocială cea mai mare apăsă pe umerii membrilor de familie, a asistentelor și preoților din spital, care însă nu au o pregătire specială în asistență socială sau în intervenția psihoncologică eficientă.

În sfârșit, la secțiile de oncologie din spitalele noastre, ar trebui create cadrele informării eficiente a pacienților și apărținătorilor acestora (de exemplu, prin plante), în special în ceea ce privește recunoașterea simptomelor tulburărilor de tip anxios sau depresiv, dar și importanța suportului și intervenției psihosociale.

Proiecte de cercetare viitoare

Cercetările psihoncologice și experiența clinică arată că bunăstarea psihosocială și calitatea vieții pacienților cu cancer, a familiei și specialiștilor oncoologi se influențează reciproc (Susánszky și Riskó, 2006). Tocmai de aceea, în

viitor, proiectele mele de cercetare și intervenție vizează analiza longitudinală, menținerea și îmbunătățirea calității vieții celor trei grupuri.

Un alt proiect vizează o cercetare calitativă a mecanismelor psihosociale ale bolilor tumorale, prin implicarea unui eșantion restrâns și prin implicarea membrilor familiilor subiecților. Metodei chestionarului îi voi adăuga metoda interviului în profunzime și măsurările psihofiziologice.

În același timp, intenționez să pornesc o cercetare calitativă și în legătură cu diagnosticul oncologic, prin utilizarea tehnicii interviului, cu ajutorul căruia voi încerca să determin ce știu pacienții despre propriul diagnostic în condițiile atât de caracteristice ale informării asupra diagnosticului din România. Acest lucru nu s-a realizat până acum, fiindcă cercetarea cantitativă pe care am efectuat-o ne-a constrâns, obligat, pe baza aprobării comisiilor de etică, să adresăm întrebările referitoare la informațiile medicale medicilor, și nu pacienților.

Pe termen lung, doresc să studiez, alături de evoluția sistemului psihoncologic din România, măsura și felul în care pacienții sunt informați asupra serviciilor psihosociale, cum și de ce se folosesc de ele, deoarece astfel s-ar putea ajunge la finanțarea tratării distresului tumoral de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate din România.

7. Rezumat

Aspecte psihosociale ale bolilor tumorale

Literatura de specialitate cade de acord asupra faptului că, în legătură cu procesul tumoral și cu efectele psihosociale legate de prognosticul bolii, disponem de date mai sigure și mai exacte decât în legătură cu boala tumorală în sine. Cu toate acestea, persistă încă foarte multe întrebări și nelămuriri legate de corelația dintre progresia tumorală și factorii psihosociali. Tocmai de aceea, cercetările sintetice recente urgentează aplicarea modelului analitic bio-psycho-social. În același timp, cercetarea calității vieții pacienților cu cancer este cel puțin la fel de importantă ca și problema de bază a unei astfel de cercetări: identificarea etiologiei bio-psihosociale și a riscurilor bolilor tumorale, ținând cont de faptul că, la persoanele cu cancer, calitatea vieții este un factor prognostic la fel de important ca și factorii medicali. Având în vedere cele de mai sus, mi-am propus, ca obiectiv de cercetare, studierea aspectelor psihosociale ale bolilor tumorale.

Obiectivul principal al demersului meu a fost măsurarea și analiza distresului tumoral și a calității vieții, alături de identificarea particularităților practicilor de comunicare a diagnosticului oncologic în România. Eșantionul studiat cuprinde un grup de 420 pacienți adulți spitalizați, grupul fiind eterogen din punctul de vedere al localizării tumorii. Datele au fost culese în patru locații, în unele din cele mai importante spitale de oncologie din Transilvania.

Potrivit rezultatelor noastre, 16,9% dintre subiecți nu-și cunosc diagnosticul, 47,5% suferă de depresie clinică, 46,7% au avut episoade ocazionale de anxietate și 28,1% au raportat o calitate a vieții extreme de slabă, deteriorată. Datele au arătat că 85,4% dintre pacienții cu depresie clinică care necesită tratament, respectiv 90,7% dintre pacienții cu scoruri foarte scăzute ale calității vieții suferă de tumorii maligne. De asemenea, 75,9% dintre pacienții cu o calitate a vieții slabă au simptome ale depresiei de nivel clinic. Două treimi

dintre pacienții care nu-și cunosc diagnosticul suferă de depresie medie sau gravă, severă.

În concluzie: datele cercetării noastre demonstrează efectul negativ al necunoașterii diagnosticului, al sindromului depresiv de nivel clinic și al alterării calității vieții asupra funcționalității psihosociale a pacienților cu cancer, deoarece ocurența fenomenelor amintite corelează cu valori mai mari în ceea ce privește deznădejdea, intruzivitatea maladiei, anxietatea, epuizarea vitală, depresia, coping-ul emoțional, izolarea intrafamilială, inhibiția comportamentală și controlul exterior, precum și valori reduse ale capacitatei de coping bazat pe rezolvarea problemei, ale stării de bine fizice, emoționale, sociale și funcționale, ale sentimentului de coerență și ale autoeficacității. Necunoașterea diagnosticului, sindromul depresiv de nivel clinic și deteriorarea calității vieții caracterizează în special pacienții cu tumori maligne, mai vârstnici, cu mai puține studii și cu o situație socio-economică defavorabilă.

În sfârșit, trebuie subliniat că nu există studii multivariate anterioare care să fi abordat problematica necunoașterii diagnosticului oncologic, a sindromului depresiv al bolnavilor cu cancer și al calității vieții acestora, respectiv nu avem cunoștință despre vreo cercetare psihoo-oncologică similară efectuată în România, pe un eșantion mare, cuprinzând un număr mare de subiecți spitalizați.

Summary

Psychosocial aspects of cancer in hospitalized adult patients

Literature on the role of psychosocial variables in cancer process and progress is more coinciding, convincing and reliable than the literature about the impact of psychosocial factors on cancer initiation and development. However, based on recent empirical data, there are still numerous unexplained or unanswered questions in the relation, interconnection between cancer process, progress and various psychosocial aspects. Therefore, review articles underscore actuality and need for using, applying the bio-psycho-social research framework in psycho-oncological studies. At the same time, examination of quality of life in cancer patients has equal importance to unrevealing the bio-psycho-social etiology, risk of cancer, since it has been evidenced that quality of life is a significant prognostic factor of cancer progress and mortality, comparable with medical and treatment-related factors. Based on these theoretical perspectives we started our research on psychosocial aspects of cancer.

The basic aims of our clinical study have been to explore cancer distress and cancer-related quality of life, altogether with specifics of cancer diagnosis disclosure in Romania. According to tumor location, our heterogenic, mixed sample includes 420 hospitalized adult cancer patients. Data collection was performed in four clinical settings, in the most important oncological institutions from Transsylvania region, Romania.

Results show that in our sample 16.9% of cancer patients are not aware of their oncological diagnosis, 47.5% are clinically depressed, 46.7% experience anxiety disorders and 28.1% report critically low quality of life. 85.4% of those suffering from clinical depression and 90.7% of persons with low quality of life are patients with malignant cancer diseases. 75.9% of cancer patients who report low quality of life are also facing clinically relevant depression

symptoms. Moreover, almost two-thirds of cancer patients to whom cancer diagnosis was not disclosed are highly or severely depressed.

Furthermore, our data demonstrate the relevant and widespread negative effects of cancer diagnosis non-disclosure, of clinical depression and of low quality of life on psychosocial functioning and vulnerability of hospitalized cancer patients. Their prevalence, on the one hand, significantly increases hopelessness, illness intrusiveness, anxiety, vital exhaustion, depression, emotion-focused coping, lacking of family support, behavior inhibition and external locus of control and, on the other hand, decreases problem-focused coping, physical-, emotional-, social/familial- and functional well-being, sense of coherence and self-efficacy in cancer patients. Cancer diagnosis non-disclosure, clinically significant depression and seriously decreased quality of life are more prevalent among persons with malignant tumors and among older, undereducated, widowed and socio-economically deprived cancer patients.

Relevancy of our clinical research should be addressed and evaluated starting from the fact that in Romania there are no previous reference data about cancer diagnosis non-disclosure, cancer distress (depression and anxiety) and cancer-related quality of life, based on multivariate statistical analyses. Also, we have no knowledge of psycho-oncological studies, surveys carried out on large hospitalized samples in Romania.

Bibliografie

Aass N, Fossa SD, Dahl AA, Moe TJ. (1997) Prevalence of anxiety and depression in cancer patients seen at the Norwegian Radium Hospital. *Eur J Cancer*, 33: 1597–1604.

Abercrombie HC, Giese-Davis J, Sephton S, Epel ES, Turner-Cobb JM, Spiegel D. (2004) Flattened cortisol rhythms in metastatic breast cancer patients. *Psychoneuroendocrinology*, 29: 1082–1092.

Akin S, Can G, Durna Z, Aydiner A. (2008) The quality of life and self-efficacy of Turkish breast cancer patients undergoing chemotherapy. *Eur J Oncol Nurs*, 12: 449–456.

American Cancer Society. *Cancer Facts and Figures*, 2007. ACS, Atlanta, GA, 2007.

Andersen B, Kiecolt-Glaser J, Glaser R. (1994) A biobehavioral model of cancer stress and disease course. *Am Psychol*, 49: 389–404.

Andre E, Schraub S, Mercier M, Bontemps P. (1999) Role of tobacco and alcohol in the aetiology of head and neck cancer: a case control study in the Doubs region of France. *Eur J Cancer Oral Oncol*, 31:301–309.

Annunziata MA. (1997) Ethics of relationship. From communication to conversation. *Ann N Y Acad Sci*, 809: 400–410.

Appels A, Mulder P. (1988) Excess fatigue as a precursor of myocardial infarction. *Eur Heart J*, 9: 758–764.

Appels A. (1997) Why do imminent victims of a cardiac event feel so tired? *Int J Clin Pract*, 51: 447–450.

Assimakopoulos K, Amalia KK, Miltiadis AI, Haralabos KG, Iconomou PKG. (2009) Religiosity and its relation to quality of life in Christian Orthodox cancer patients undergoing chemotherapy. *Psychooncology*, 18: 284–289.

Bailey RK, Geyen DJ, Scott-Gurnell K, Hipolito MM, Bailey TA, Beal JM (2005) Understanding and treating depression among cancer patients. *Int J Gynecol Cancer*, 15: 203–208.

Balboni TA, Vanderwerker LC, Block SD, Pault ME, Lathan CS, Peteet JR. (2007) Religiousness and Spiritual Support Among Advanced Cancer Patients and Associations With End-of-Life Treatment Preferences and Quality of Life. *J Clin Oncol*, 25: 555–560.

Baldacci L, Extermann M. (2000) Cancer and aging: An Evolving Panorama. *Hematol Oncol Clin North Am*, 14: 1–16.

Baldwin MK, Courneya KS. (1997) Exercise and Self-Esteem in Breast Cancer Survivors: An Application of the Exercise and Self-Esteem Model. *J Sport Exerc Psychol*, 19: 347–359.

Balog P, Degi LC. (2005) Family support decreasing psychosocial vulnerability in women with cancer. *Journal of Mental Health and Psychosomatics*, 6: 17–34.

Bandura A. (1977) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84: 191–215.

Bandura A. (1982) Self efficacy mechanism in human agency. *Am Psychol*, 37: 122–147.

Barg FK, Cronholm PF, Stratton JB, Keddem S, Knott K, Grater J. (2007) Unmet psychosocial needs of Pennsylvanians with cancer: 1986–2005. *Cancer*, 110: 631–639.

Baumeister H, Balke K, Härter M. (2005) Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients. *J Clin Epidemiol*, 58: 1090–1100.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. (1961) An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4: 561–571.

Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. (1974) The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *J Consult Clin Psychol*, 42: 861–865.

Bergelt C, Christensen J, Morten EP, Uwe G, Johansen KC. (2005) Vital exhaustion and risk for cancer. *Cancer*, 104: 1288–1295.

Blanchard C, Denniston M, Baker F, Ainsworth S, Courneya K, Hann D. (2003) Do adults change their lifestyle behaviors after a cancer diagnosis? *Am J Health Behav*, 27: 246–256.

Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. (1994) The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry*, 151: 979–986.

Blot WJ, McLaughlin JK, Winn DM, Austin DF, Greenberg RS, Preston-Martin S, Bernstein L, Schoenberg JB, Stemhagen A, Fraumeni JF Jr. (1988) Smoking and drinking in relation to oral and pharyngeal cancer. *Cancer Research* 48: 3282–3287.

Bodoky G. A legjellemzőbb daganatos betegségek onkopszichológiai sajátosságai: a gyomor–bélrendszer daganatai. In: Horti J, Riskó Á (eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2006: 129–134.

Boscaglia Clarke, Jobling, Quinn. (2005) The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer. *Int J Gynecol Cancer*, 15: 755–761.

Bray F, Atkin W. (2004) International cancer patterns in men: geographical and temporal variations in cancer risk and the role of gender. *JMHG*, 1: 38–46.

Breetvelt IS, Van Dam FSAM. (1991) Underreporting by cancer patients: The case of response–shift. *Soc Sci Med*, 32: 981–987.

Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti–Esch J, Galietta M. (2000) Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients With Cancer. *JAMA*, 284: 2907–2911.

Brucker PS, Yost K, Cashy J, Webster K, Cella D. (2005) General Population and Cancer Patient Norms for the Functional Assessment of Cancer Therapy–General (FACT–G). *Eval Health Prof*, 28: 192–211.

Buddeberg C, Riehl–Emde A, Landont–Ritter C, Steiner R, Sieber M, Richter D. (1990) The significance of psychosocial factors for the course of breast cancer–results of a prospective follow–up study. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr*, 141: 429–455.

Buettner L. Personality changes and physiological changes of a personalized fitness enrichment program for cancer patients. Bowling Green State University, Ohio, 1980.

Bukberg J, Penman D, Holland JC. (1984) Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosom Med*, 46: 199–212.

Butow PN, Coates AS, Dunn SM. (1999) Psychosocial Predictors of Survival in Metastatic Melanoma. *J Clin Oncol*, 17: 2256–2263.

Butow PN, Kazemi JN, Beeney LJ, Griffin A, Dunn S, Tattersall MHN. (1996) When the diagnosis is cancer: Patient communication experiences and preferences. *Cancer*, 77: 2630–2637.

Cameron L, Leventhal H, Love R. (1998) Trait anxiety, symptom perceptions, and illness-related responses among women with breast cancer in remission during a tamoxifen clinical trial. *Health Psychol*, 17: 459–469.

Carmel S, Bernstein J. (1990) Trait anxiety, sense of coherence and medical school stressors: Observations at three stages. *Anxiety Stress Coping*, 3: 51–60.

Cassileth BR, Knuiman MW, Abeloff MD, Falkson G, Ezdinli EZ, Mehta CR. (1986) Anxiety levels in patients randomized to adjuvant therapy versus observation for early breast cancer. *J Clin Oncol*, 4: 972–974.

Cassileth BR, Walsh WP, Lusk EJ. (1988) Psychosocial correlates of cancer survival: a subsequent report 3 to 8 years after cancer diagnosis. *J Clin Oncol*, 6: 1753–1759.

Cella D, Hahn E, Dineen K. (2002b) Meaningful change in cancer-specific quality of life scores: Differences between improvement and worsening. *Qual Life Res*, 11: 207–221.

Cella D, Lai J-s, Chang C-H, Peterman A, Slavin M. (2002a) Fatigue in cancer patients compared with fatigue in the general United States population. *Cancer*, 94: 528–538.

Cella D, Tulsky D, Gray G, Sarafian B, Lloyd S, Linn E. (1993) The Functional Assessment of Cancer Therapy scale: development and validation of the general measure. *J Clin Oncol*, 11: 570–579.

Cella D. (2004) Quality of life considerations in patients with advanced lung cancer. *Semin Oncol*, 31: 16–20.

Cella D. Manual of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACT) Measurement System, Version 4. Center on Outcomes, Research and Education (CORE), Evanston Northwestern Healthcare and Northwestern University, Evanston IL, 1997.

Cella D. Quality of life. In: Holland J, Breitbart W, Jacobsen P (eds.), *Psychoncology*. Oxford University Press, Oxford, New York, 1998: 1135–1146.

Cella DF, Bonomi AE, Lloyd SR, Tulsky DS, Kaplan E, Bonomi P. (1995) Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer Therapy–Lung (FACT–L) quality of life instrument. *Lung Cancer*, 12: 199–220.

Cella DF, Orofiamma B, Holland JC, Silberfarb PM, Tross S, Michael MF. (1987) The relationship of psychological distress, extent of disease, and performance status in patients with lung cancer. *Cancer*, 60: 1661–1667.

Cella DF, Tross S, Orav EJ, Holland JC, Silberfarb PM, Rafla S. (1989) Mood states of patients after the diagnosis of cancer. *J Psychosoc Oncol*, 7: 45–54.

Chen H, Cantor A, Meyer J, Corcoran MB, Grendys E, Cavanaugh D, Antonek S, Camarata A, Haley W, Balducci L, Extermann M. (2003) Can older cancer patients tolerate chemotherapy? *Cancer*, 97: 1107–1114.

Chute CG, Greenberg ER, Baron J, Korson R, Baker J, Yates J. (1985) Presenting conditions of 1539 population-based lung cancer patients by cell type and stage in New Hampshire and Vermont. *Cancer*, 56: 2107–2111.

Cohen A, Koenig H. (2002) Religion, religiosity and spirituality in the biopsychosocial model of health and ageing. *Ageing International*, 27: 215–241.

Colditz GA. (1990) A prospective assessment of moderate alcohol intake and major chronic diseases. *Ann Epidemiol*, 1: 167–177.

Cooper DL. (1992) Movement is medicine. *J Okla State Med Assoc*, 85: 291–293.

Costa-Requena G, Gil F. (2009) Quality of life in the chemotherapy treatment of Spanish cancer patients: a comparison of general population norms. *Psychooncology*, DOI: 10.1002/pon.1405.

Courneya K, Friedenreich C. (1999) Physical exercise and quality of life following cancer diagnosis: A literature review. *Ann Behav Med*, 21: 171–179.

Courneya KS, Friedenreich CM (1997a) Relationship between exercise during treatment and current quality of life among survivors of breast cancer. *J Psychosoc Oncol*, 15: 35–57.

Courneya KS, Friedenreich CM. (1997b) Relationship Between Exercise Pattern Across the Cancer Experience and Current Quality of Life in Colorectal Cancer Survivors. *J Altern Complement Med*, 3: 215–226.

Csoboth C. Dohányzás összefüggése az életminőséggel a magyar lakosság körében In: Kopp M, Kovács EM (eds.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006: 203–210.

Dancey J, Zee B, Osoba D, Whitehead M, Lu F, Kaizer L. (1997) Quality of life scores: An independent prognostic variable in a general population of cancer patients receiving chemotherapy. *Qual Life Res*, 6: 151–158.

Davis K, Yount S, Wagner L, Cella D. (2004) Measurement and management of health-related quality of life in lung cancer. *Clin Adv Hematol Oncol*, 2: 533–540.

de Jonge P, Kempen GIJM, Sanderman R, Ranchor AV, van Jaarsveld CHM, van Sonderen E, Scaf-Klomp W, Weening A, Slaets JPJ, Ormel J. (2006) Depressive Symptoms in Elderly Patients After a Somatic Illness Event: Prevalence, Persistence, and Risk Factors. *Psychosomatics*, 47: 33–42.

DeFlorio ML, Massie MJ. (1995) Review of depression in cancer: Gender differences. *Depression*, 3: 66–80.

Dégi CL. Pszichoszociális kockázati tényezők szerepe a daganatos megbetegedésekben. In: Kopp M (eds.), *Magyar lelkiállapot*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008: 557–568.

Degi LC, Vincze AE, Kallay E. (2007) Differences in illness-related distress in ethnically different cancer patients: Romanians, Romanian Hungarians and Hungarians. *Cognition, Brain, Behavior*, 11: 143–158.

Degi LC. (2001) The role of the sanatogenetic personality factors in coping with the cancer diagnosis. *Transylvanian Journal of Psychology*, 2: 79–93.

Denollet J. (1998) Personality and coronary heart disease: the type D Scale-16 (DS16). *Ann Behav Med*, 20: 209–215.

Derogatis LR, Morrow GR, Fetting J, Penman D, Piasetsky S, Schmale AM. (1983) The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249: 751–757.

Detmar SB, Aaronson NK, Wever LDV, Muller M, Schornagel JH. (2000) How Are You Feeling? Who Wants To Know? Patients' and Oncologists' Preferences for Discussing Health-Related Quality-of-Life Issues. *J Clin Oncol*, 18: 3295–3301.

Detmar SB, Muller MJ, Schornagel JH, Wever LDV, Aaronson NK. (2002) Health-Related Quality-of-Life Assessments and Patient-Physician Communication: A Randomized Controlled Trial. *JAMA*, 288: 3027–3034.

Devins G (1994b) Illness intrusiveness and the psychosocial impact of lifestyle disruptions in chronic life-threatening disease. *Adv Ren Repl Ther*, 1: 251–263.

Devins G, Hunsley J, Mandin H, Taub K, Paul L. (1997) The marital context of end-stage renal disease: Illness intrusiveness and perceived changes in family environment. *Ann Behav Med* 19: 325–332.

Devins G, Stam H, Koopmans J. (1994a) Psychosocial impact of laryngectomy mediated by perceived stigma and illness intrusiveness. *Can J Psychiatry*, 39: 608–616.

Di Maio M, Perrone F. (2003) Quality of Life in elderly patients with cancer. *Health Qual Life Outcomes*, 1: 44.

DiMatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. (2000) Depression Is a Risk Factor for Noncompliance With Medical Treatment: Meta-analysis of the Effects of Anxiety and Depression on Patient Adherence. *Arch Intern Med*, 160: 2101–2107.

Dimeo F, Fetscher S, Lange W, Mertelsmann R, Keul J. (1997a) Effects of Aerobic Exercise on the Physical Performance and Incidence of Treatment-Related Complications After High-Dose Chemotherapy. *Blood*, 90: 3390–3394.

Dimeo FC, Tilmann MHM, Lothar HB, Roland K, Keul MJ. (1997b) Aerobic exercise in the rehabilitation of cancer patients after high dose chemotherapy and autologous peripheral stem cell transplantation. *Cancer*, 79: 1717–1722.

DiTommaso E, Spinner B. (1993) The development and initial validation of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). *Personality and Individual Differences*, 14: 127–134.

Edelman S, Craig A, Kidman AD. (2000) Can psychotherapy increase the survival time of cancer patients?. *J Psychosom Res*, 49: 149–156.

Ell K, Sanchez K, Vourlekis B, Lee PJ, Dwight-Johnson M, Lagomasino I. (2005) Depression, Correlates of Depression, and Receipt of Depression Care Among Low-Income Women With Breast or Gynecologic Cancer. *J Clin Oncol*, 23: 3052–3060.

Eremenco S, Chang CH, Lent L, Cella D. (1999a) Psychometric equivalence evaluation of five non-western-language translated versions of the Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) version 4. *Value Health*, 2: 362.

Eremenco S, Chang CH, Lent L, Odom L, Ribaudo J, Cella D. (1999b) FACIT multilingual translations project: Version 4 linguistic validation. *Qual Life Res*, 8: 626.

Ershler W, Keller E. (2000) Age-associated increased interleukin-6 gene expression, late-life diseases, and frailty. *Annu Rev Med*, 51: 245–70.

Eton DT, Fairclough DL, Cella D, Yount SE, Bonomi P, Johnson DH. (2003) Early Change in Patient-Reported Health During Lung Cancer Chemotherapy Predicts Clinical Outcomes Beyond Those Predicted by Baseline Report: Results From Eastern Cooperative Oncology Group Study 5592. *J Clin Oncol*, 21: 1536–1543.

Evans DL, McCartney CF, Nemeroff CB, Raft D, Quade D, Golden RN, Haggerty JJ Jr, Holmes V, Simon JS, Droba M. (1986) Depression in women treated for gynecological cancer: clinical and neuroendocrine assessment. *Am J Psychiatry*, 143: 447–452.

Evans DL, Staab JP, Petitto JM, Morrison MF, Szuba MP, Ward HE, Wingate B, Luber MP, O'Reardon JP. (1999) Depression in the medical setting: biopsychological interactions and treatment considerations. *J Clin Psychiatry*, 60: 40–55.

Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, Cohen RD, Pukkala E, Tuomilehto J. (1996) Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer. *Psychosom Med*, 58: 113–121.

Ewertz M. (1986) Bereavement and breast cancer. *Br J Cancer*, 53: 701–703.

Faller H, Bulzebruck H, Drings P, Lang H. (1999) Coping, Distress, and Survival Among Patients With Lung Cancer. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 756–762.

Fallowfield LJ, Baum M, Maguire GP. (1986) Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *Br Med Bull*, 293: 1331–1334.

Fallowfield LJ, Hall A, Maguire GP, Baum M. (1990) Psychological outcomes of different treatment policies in women with early breast cancer outside a clinical trial. *BMJ*, 301: 575–580.

Ferlay J, Autier P, Boniol M, Heanue M, Colombet M, Boyle P. (2007) Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006. *Ann Oncol*, 18: 581–592.

Ferrans CE. Definitions and conceptual models of quality of life. In: Lipscomb J, Gotay CC, Snyder C (eds.), *Outcomes assessment in cancer: Measures, Methods, and Applications*. Cambridge University Press, Cambridge, New York, 2005: 14–31.

Fisch M. (2004) Treatment of Depression in Cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 32: 105–111.

Folkman S, Lazarus RS. (1980) An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*, 21: 219–239.

Ganz P. (1995) Impact of quality of life outcomes on clinical practice. *Oncology* (Williston Park), 9: 61–65.

Garfinkel L, Boffetta P, Stellman SD. (1988) Alcohol and breast cancer: a cohort study. *Prev Med*, 17: 686–693.

Garssen B. (2004) Psychological factors and cancer development: evidence after 30 years of research. *Clin Psychol Rev*, 24: 315–338.

Gémes K. Sport és életminőség. In: Kopp M, Kovács EM (eds.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006: 167–186.

Geyer S. (1997) Some conceptual considerations on the sense of coherence. *Soc Sci Med*, 44: 1771–1779.

Gidron, Y., Russ, K., Tissarchondou, H., Warner, J. (2006) The relation between psychological factors and DNA-damage: A critical review. *Biological Psychology*, 72: 291–304.

Gloeckler Ries LA, Reichman ME, Lewis DR, Hankey BF, Edwards BK. (2003) Cancer Survival and Incidence from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. *Oncologist*, 8: 541–552.

Gotay C. (1984) The experience of cancer during early and advanced stages: the views of patients and their mates. *Soc Sci Med*, 17: 605–613.

Gotay CC, Korn EL, McCabe MS, Moore TD, Cheson BD. (1992) Quality-of-Life Assessment in Cancer Treatment Protocols: Research Issues in Protocol Development. *J. Natl. Cancer Inst.*, 84: 575–579.

Gotay CC, Stern JD. (1995) Assessment of Psychological Functioning in Cancer Patients. *J Psychosoc Oncol*, 13: 123–160.

Gotay CG. Cultural variation in family adjustment to cancer. In: Baider L, Cooper LC, Kaplan-De-Nour A (eds.), *Cancer and the family*. Wiley, New York, 1996: 31–49.

Grassi L, Giraldi T, Messina EG, Magnani K, Valle E, Cartei G (2000) Physicians' attitudes to and problems with truth-telling to cancer patients. *Support Care Cancer*, 8: 40–45.

Grassi L, Indelli M, Marzola M, Maestri A, Santini A, Piva E. (1996) Depressive symptoms and quality of life in home-care-assisted cancer patients. *J Pain Symptom Manage*, 12: 300–307.

Grassi L, Uchitomi Y. (2009) Depresszió és depressziós zavarok rákbetegek körében. IPOS tananyag. Nemzetközi Pszichoonkológiai Társaság és Európai Onkológiai Iskola.

Grassi L, Malacarne P, Maestri A, Ramelli E. (1997) Depression, psychosocial variables and occurrence of life events among patients with cancer. *J Affect Disord*, 44: 21–30.

Greenberg DB. (2004) Barriers to the Treatment of Depression in Cancer Patients. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 32: 127–135.

Greene SM. (1989) The relationship between depression and hopelessness. Implications for current theories of depression. *Br J Psychiatry*, 154: 650–659.

Greer S, Morris T. (1975) Psychological attributes of women who develop breast cancer: A controlled study. *J Psychosom Res*, 19: 147–153.

Greer S, Silberfarb PM. (1982) Psychological concomitants of cancer: current state of research. *Psychol Med*, 12: 563–573.

Greer S, Watson M. (1985) Towards a psychobiological model of cancer: Psychological considerations. *Soc Sci Med*, 20: 773–777.

Greer S. (2002) Psychological intervention. The gap between research and practice. *Acta Oncol*, 41: 238–243.

Guex P. An Introduction to Psycho-oncology. Taylor and Francis, London, 1994.

Hamajima N, Hirose K, Tajima K, Rohan T, Calle EE, Heath CW. (2002) Alcohol, tobacco and breast cancer—collaborative reanalysis of individual data from 53 epidemiological studies, including 58,515 women with breast cancer and 95,067 women without the disease. *Br J Cancer*, 87: 1234–1245.

Harrison J, Maguire P. (1994) Predictors of psychiatric morbidity in cancer patients. *Br J Psychiatry*, 165: 593–598.

Harsányi L. A daganatos betegségek kezelési módszereinek pszichoszociális aspektusai: sebészet. In: Horti J, Riskó Á (eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2006: 95–99.

Härter M, Reuter K, Aschenbrenner A, Schretzmann B, Marschner N, Hasenburg A. (2001) Psychiatric disorders and associated factors in cancer: results of an interview study with patients in inpatient, rehabilitation and outpatient treatment. *Eur J Cancer*, 37: 1385–1393.

Härtl K, Engel J, Herschbach P, Reinecker H, Sommer H, Friese K (2009) Personality traits and psychosocial stress: quality of life over 2 years following breast cancer diagnosis and psychological impact factors. *Psychooncology*, DOI: 10.1002/pon.1536.

Hegedűs K, Pilling J, Kolosai N, Bognár T, Békés V. (2002) Orvosok halállal és haldoklással kapcsolatos attitűdjei. *Orvosi Hetilap*, 143: 2385–2391.

Hem E, Loge JH, Haldorsen T, Ekeberg O. (2004) Suicide Risk in Cancer Patients From 1960 to 1999. *J Clin Oncol*, 22: 4209–4216.

Hills J, Paice JA, Cameron JR, Shott S. (2005) Spirituality and Distress in Palliative Care Consultation. *J Palliat Med*, 8: 782–788.

Hinton J. (1980) Whom do dying patients tell? *Br Med J*, 281: 1328–1330.

Holland J, Breitbart W, Jacobsen P. *Psycho-oncology*. Oxford University Press, Oxford– New– York, 1998.

Holland JC, Geary N, Marchini A, Tross S. (1987) An international survey of physician attitudes and practice in regard to revealing the diagnosis of cancer. *Cancer Invest*, 5: 151–154.

Holland JC, Korzun AH, Tross S, Silberfarb P, Perry M, Comis R, (1986) Comparative psychological disturbance in patients with pancreatic and gastric cancer. *Am J Psychiatry*, 143: 982–986.

Holzner B, Bode RK, Hahn EA, Cella D, Kopp M, Sperner–Unterweger B. (2006) Equating EORTC QLQ–C30 and FACT–G scores and its use in oncological research. *Eur J Cancer*, 42: 3169–3177.

Horikawa N, Yamazaki T, Sagawa M, Nagata T. (2000) Changes in disclosure of information to cancer patients in a general hospital in Japan. *Gen Hosp Psychiatry*, 22: 37–42.

Horti J. A daganatos betegségek kezelési módszereinek pszichoszociális aspektusai: gyógyszeres kezelés. In: Horti J, Riskó Á (eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2006: 99–104.

Horváth Z, Telekes A. A daganatos betegek tüneteinek és azok kezelésének pszichoszociális vonatkozásai: fájdalom. In: Horti J, Riskó Á (eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2006a: 185–193.

Horváth Z, Telekes A. A daganatos betegek tüneteinek és azok kezelésének pszichoszociális vonatkozásai: a hányás és a hányinger. In: Horti J, Riskó Á (eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2006b: 203–209.

Hospice Romania. (2008) Campanie natională de conștientizare a problemelor cu care se confrunta pacienții cu boli grave în stadii avansate–Planul de servicii paliative. Accesat: 2009.01.10, pagina web: www.hospice.ro.

Hughes J. (1987) Psychological and social consequences of cancer. *Cancer Surv*, 6: 455–475.

International Agency for Research on Cancer. IARC Handbooks of Cancer Prevention. Cervix Cancer Screening. Vol. 10. WHO–IARC, Lyon, 2005.

International Agency for Research on Cancer. Social inequalities and cancer. IARC Scientific Publications No. 138. IARC, Lyon, 1997.

International Agency for Research on Cancer. The Alcohol Drinking. IARC Monographs on the Evaluation of the Carcinogenic Risks to Humans. Vol. 44. IARC, Lyon, 1988.

Irie M, Asami S, Nagata S, Ikeda M, Miyata M, Kasai H. (2001) Psychosocial factors as a potential trigger of oxidative DNA damage in human leukocytes. *Japanese Journal of Cancer Research*, 92: 367–376.

Irie M, Miyata M, Kasai H. (2005) Depression and possible cancer risk due to oxidative DNA damage. *J Psychiatr Res*, 39: 553–560.

Jacobs JR, Bovasso GB. (2000) Early and chronic stress and their relation to breast cancer. *Psychol Med*, 30: 669–678.

Janse AJ, Gemke RJB, Uiterwaal CSPM, van der Tweel I, Kimpen JLL, Sinnema G. (2004) Quality of life: patients and doctors don't always agree: a meta-analysis. *J Clin Epidemiol*, 57: 653–661.

Joffe R, Rubinow D, Denicoff K, Maher M, Sindelar W. (1986) Depression and carcinoma of the pancreas. *Gen Hosp Psychiatry*, 8: 241–245.

Jordhoy MS, Fayers P, Loge JH, Saltnes T, Ahlner-Elmqvist M, Kaasa S. (2001) Quality of life in advanced cancer patients: the impact of sociodemographic and medical characteristics. *Br J Cancer*, 85: 1478–1485.

Juhos É. A legjellemzőbb daganatos betegségek onkopszichológiai sajátosságai: emlőrák. In: Horti J, Riskó Á (eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2006: 134–139.

Kahán Z, Kovács Z. A daganatos betegek életminősége. In: Horti J, Riskó Á (eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2006: 309–320.

Kállai J. Egészség és társas támogatás. In: Kállai J, Varga J, Oláh A (eds.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2007: 199–215.

Kaplan GA, Goldberg DE, Everson SA, Cohen RD, Salonen R, Tuomilehto J. (1996) Perceived Health Status and Morbidity and Mortality: Evidence from the Kuopio Ischaemic Heart Disease Risk Factor Study. *Int. J. Epidemiol.*, 25: 259–265.

Kaplan GA, Reynolds P. (1988) Depression and cancer mortality and morbidity: prospective evidence from the Alameda County study. *J Behav Med*, 11: 1–13.

Keller M, Sommerfeldt S, Fischer C, Knight L, Riesbeck M, Lowe B. (2004) Recognition of distress and psychiatric morbidity in cancer patients: a multi-method approach. *Ann Oncol*, 15: 1243–1249.

Kiecolt-Glaser JK, Glaser R. (2002) Depression and immune function. Central pathways to morbidity and mortality. *J Psychosom Res*, 53: 873–876.

Koenig RR, Levin SM, Brennan MJ. (1967) The emotional status of cancer patients as measured by psychological test. *Journal of Chronic Diseases*, 20: 923–930.

Koller M, Kussman J, Melissa WL, Maria J, Arens VE, Richter E. (1996) Symptom reporting in cancer patients: The role of negative affect and experienced social stigma. *Cancer*, 77: 983–995.

Komlósi P. A daganatos betegek családtagjainak pszichoszociális gondozása. In: Horti J, Riskó Á (eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2006b: 295–305.

Komlósi P. A pszichoszociális rehabilitáció: csoport–pszichoterápia. In: Horti J, Riskó Á (eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2006a: 269–272.

Konkoly-Thege B, Bachner YG, Kushnir T, Kopp MS. (2009) Relationship between meaning in life and smoking status: Results of a national representative survey. *Addict Behav*, 34: 117–120.

Kopp M, Fóris N. A szorongás kognitív viselkedésterápiája. *Végeken Sorozat*, Budapest: 1993a.

Kopp M, Pikó B. Az egészséggel kapcsolatos életminőség pszichológiai, szociológiai és kulturális dimenziói In: Kopp M, Kovács EM (eds.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis, Budapest, 2006c: 10–20.

Kopp M, Skrabski A, Réthelyi J, Kawachi I, Adler NE. (2004b) Self–Rated Health, Subjective Social Status, and Middle–Aged Mortality in a Changing Society. *Behav Med* 30: 65–72.

Kopp M, Skrabski A, Székely A. (2000a) Lakóhely és egészségi állapot–I. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 11: 5–22.

Kopp M, Skrabski Á, Székely A. Az életminőség nemi, életkor szerinti és területi jellemzői a magyar népesség körében a Hungarostudy 2002 vizsgálat alapján. In: Kopp M, Kovács EM (eds.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006b: 84–106.

Kopp M, Skrabski Á. Magyar lelkiállapot. Végeken Alapítvány, Budapest, 1992.

Kopp M, Székely A, Skrabski Á. Vallásosság és életminőség az átalakuló társadalomban. In: Kopp M, Kovács EM (eds.), A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis, Budapest, 2006d: 156–167.

Kopp M. (1997) A reménytelenség szerepe a betegségek létrejöttében, ennek jelentősége a mai magyar egészségügyben. Kórház, 4: 4–9.

Kopp M. A pszichoszociális tényezők jelentősége, különös tekintettel a meglőzésre. In: Horti J, Riskó Á (eds.), Onkopszichológia a gyakorlatban. Medicina, Budapest, 2006a: 42–50.

Kopp MS, Falger PR, Appels A, Szedmak S. (1998) Depressive symptomatology and vital exhaustion are differentially related to behavioral risk factors for coronary artery disease. *Psychosom Med*, 60: 752–758.

Kopp MS, Réthelyi J. (2004a) Where psychology meets physiology: chronic stress and premature mortality– the Central–EE health paradox. *Brain Res Bull*, 62: 351–67.

Kopp MS, Schwarzer R, Jerusalem M. (1993b) Hungarian Questionnaire in Psychometric Scales for Cross–Cultural Self–Efficacy Research. Zentrale Universitats Druckerei der FU Berlin.

Kopp MS, Skrabski Á, Szedmák S. (2000b) Psychosocial risk factors, inequality and self–rated morbidity in a changing society. *Soc Sci Med*, 51: 1351–1361.

Kovács M, Jeszenszky Z. Időskor és életminőség. In: Kopp M, Kovács EM (eds.), A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006a: 134–146.

Kovács M, Mészáros E. Életminőség és betegségekhez a magyar lakosságot érintő leggyakoribb betegségekben a Hungarostudy 2002 adatai alapján. In: Kopp M, Kovács EM (eds.), A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis, Budapest, 2006b: 412–420.

Kurtz M, Kurtz J, Stommel M, Given C, Given B. (2002) Predictors of depressive symptomatology of geriatric patients with colorectal cancer. *Support Care Cancer*, 10: 494–501.

Kurtz ME, Kurtz JC, Stommel M, Given CW, Given B. (1997) Loss of physical functioning among geriatric cancer patients: relationships to cancer site, treatment, comorbidity and age. *Eur J Cancer*, 33: 2352–2358.

Kurtz ME, Kurtz JC, Stommel M, Given CW, Given B. (1999) The Influence of Symptoms, Age, Comorbidity and Cancer Site on Physical Functioning and Mental Health of Geriatric Women Patients. *Women Health*, 29: 1–12.

Kurtz ME, Kurtz JC, Stommel M, Given CW, Given B. (2001) Physical Functioning and Depression Among Older Persons with cancer. *Cancer Practice*, 9: 11–18.

Kurtz ME, Kurtz JC, Stommel M, Given CW, Given BA. (2000) Symptomatology and Loss of Physical Functioning Among Geriatric Patients with Lung Cancer. *J Pain Symptom Manage*, 19: 249–256.

Kübler–Ross E. (1988) A halál és a hozzá vezető út. Gondolat, Budapest.

Kvale K. (2007) Do cancer patients always want to talk about difficult emotions? A qualitative study of cancer inpatients communication needs. *Eur J Oncol Nurs*, 11: 320–327.

Kvikstad A, Vatten L, Tretli S, Kvinnslund S. (1994a) Death of a husband or marital divorce related to risk of breast cancer in middle-aged women. A nested case-control study among Norwegian women born 1935–1954. *Eur J Cancer*, 30: 473–477.

Kvikstad A, Vatten LJ, Tretli S, Kvinnslund S. (1994b) Widowhood and divorce related to cancer risk in middle-aged women. A nested case-control study among Norwegian women born between 1935 and 1954. *Int J Cancer*, 58: 512–516.

Lai B, Tang C, Chung T. (2009) Age-specific correlates of quality of life in Chinese women with cervical cancer. *Support Care Cancer*, 17: 271–278.

Lam WWT, Fielding R. (2007) Is self-efficacy a predictor of short-term post-surgical adjustment among Chinese women with breast cancer? *Psychooncology*, 16: 651–659.

Lapis K. A rákról őszintén férfiaknak és nőknek. Medicina Könyvkiadó, Budapest, 2001.

Lasa L, Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Diez-Manrique FJ, Dowrick CF. (2000) The use of Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population. *J Affect Disord*, 57: 261–265.

Lechin F, Van den Dijis B, Vitelli-Florez G, Lechin-Baez S, Azocar J, Cabrera A, Lechin A, Jara H, Lechin M, Gomez F, Rocha L. (1990) Psychoneuroendocrinological and immunological parameters in cancer patients: Involvement of stress and depression. *Psychoneuroendocrinology*, 15: 435–451.

Léder R. (1997) Családi státusz és egészség. *Végeken*, 8: 50–63.

Lee A, Wu HY. (2002) Diagnosis disclosure in cancer patients—when the family says “no”. *Singapore Med J*, 43: 533–538.

Lehoczky O. A legjellemzőbb daganatos betegségek onkopszichológiai sajátosságai: nőgyógyászati daganatos betegségek. In: Horti J, Riskó Á (eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2006: 146–152.

Levy SM, Herberman RB, Lippman M, D'Angelo T, Lee J. (1991) Immunological and psychosocial predictors of disease recurrence in patients with early-stage breast cancer. *Behav Med*, 17: 67–75.

Levy SM, Herberman RB, Whiteside T, Sanzo K, Lee J, Kirkwood J. (1990) Perceived social support and tumor estrogen/progesterone receptor status as predictors of natural killer cell activity in breast cancer patients. *Psychosom Med*, 52: 73–85.

Lin CC. (1999) Disclosure of the cancer diagnosis as it relates to the quality of pain management among patients with cancer pain in Taiwan. *J Pain Symptom Manage*, 18: 331–337.

Livingston G, Watkin V, Milne B, Manela MV, Katona C. (2000) Who becomes depressed? The Islington community study of older people. *J Affect Disord*, 58: 125–133.

Lloyd-Williams M, Shiels C, Taylor F, Dennis M. (2009) Depression—An independent predictor of early death in patients with advanced cancer. *J Affect Disord*, 113: 127–132.

Loft S, Poulsen HE. (1996) Cancer risk and oxidative DNA damage in man. *Int J Mol Med*, 74: 297–312.

Lynch B, Cerin E, Owen N, Aitken J. (2007) Associations of leisure-time physical activity with quality of life in a large, population-based sample of colorectal cancer survivors. *Cancer Causes Control*, 18: 735–742.

Magruder-Habib K, Zung W, Feussner J. (1990) Improving physicians' recognition and treatment of depression in general medical care. Results from a randomized clinical trial. *Med Care*, 28: 239–250.

Mangel L. A daganatos betegségek kezelési módszereinek pszichoszociális aspektusai: sugárkezelés. In: Horti J, Riskó Á (eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2006: 104–111.

Massie MJ. (2004) Prevalence of depression in patients with cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 32: 57–71.

Maunsell E, Brisson J, Deschenes L. (1995) Social support and survival among women with breast cancer. *Cancer*, 76: 631–637.

Maynard DW. (2006) "Does it mean i'm gonna die?" On meaning assessment in the delivery of diagnostic news. *Soc Sci Med*, 62: 1902–1916.

Mazonson P, Mathias S, Fifer S, Buesching D, Malek P, Patrick D. (1996) The mental health patient profile: does it change primary care physicians' practice patterns? *J Am Board Fam Pract*, 9: 336–345.

McDaniel JS, Musselman DL, Porter MR, Reed DA, Nemeroff CB. (1995) Depression in patients with cancer. Diagnosis, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry*, 52: 89–99.

McKenna MC, Zevon MA, Corn B, Rounds J. (1999) Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis. *Health Psychol*, 18: 520–531.

Mehnert A, Koch U. (2005) Psychosocial care of cancer patients—international differences in definition, healthcare structures, and therapeutic approaches. *Support Care Cancer*, 13: 579–588.

Mehnert A, Koch U. (2009) Daganatos betegek pszichoszociális állapotának vizsgálata. IPOS tananyag. Nemzetközi Pszichoonkológiai Társaság és Európai Onkológiai Iskola.

Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. *Applied Multivariate Research Design and Interpretation*. Sage Publications, London, 2006.

Mezzich JE, Salloum IM, Bertolote J. Comorbidity: clinical complexity and the need for integrated care. Report from the World Health Organization Workgroup on Clinical Comorbidity. WHO, 2005.

Miranda C, Resende C, Melo C, Costa A, Friedman H. (2002) Depression before and after uterine cervix and breast cancer neoadjuvantchemotherapy. *Int J Gynecol Cancer*, 12: 773–776.

Mirnics Z. A személyiség építőkövei. Típus-, vonás- és biológiai elméletek. Bölcész Konzorcium, Budapest, 2006.

Mishel M, Sorenson D. (1991) Uncertainty in gynecological cancer: a test of the mediating functions of mastery and coping. *Nurs Res*, 40: 167–171.

Mock V, Dow K, Meares C, Grimm P, Dienemann J, Haisfield-Wolfe M. (1997) Effects of exercise on fatigue, physical functioning, and emotional distress during radiation therapy for breast cancer. *Oncol Nurs Forum*, 24: 991–1000.

Mogg K, Bradley B, Williams R. (1995) Attentional bias in anxiety and depression: the role of awareness. *Br J Clin Psychol*, 34: 17–36.

Monitorul Oficial al României. Legea nr. 46/2003, legea drepturilor pacientului. Partea I nr. 51 din 29/01/2003, București.

Montazeri A, Milroy R, Hole D, McEwen J, Gillis CR. (2001) Quality of life in lung cancer patients: As an important prognostic factor. *Lung Cancer*, 31: 233–240.

Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Ebrahimi M, Khaleghi F, Jarvandi S. (2008a) Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer*, 8: 330.

Montazeri A. (2008b) Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res*, 27: 32–63.

Mormont MC, Lévi F. (1997) Circadian-system alterations during cancer processes: A review. *Int J Cancer*, 70: 241–247.

Morris J, Perez D, McNoe B. (1997) The use of quality of life data in clinical practice. *Qual Life Res*, 7: 85–91.

Morris T, Greer H, White P. (1977) Psychological and social adjustment to mastectomy: a two-year follow-up study. *Cancer*, 40: 2381–2387.

Morton RP, Davies DM, Baker J, Baker GA, Stell PM. (1984) Quality of life in treated head and neck cancer patients: A preliminary report. *Clinical Otolaryngology and Allied Sciences*, 9: 181–185.

Mosou D. (2002) Romania 2002: Cancer Pain and Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*, 24: 225–227.

Mystakidou K, Parpa E, Tsilika E, Katsouda E, Vlahos L. (2004) Cancer information disclosure in different cultural contexts. *Support Care Cancer*, 12: 147–154.

Nordin K, Berglund G, Glimelius B, Sjödén PO. (2001) Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *Eur J Cancer*, 37: 376–384.

Nordin K, Glimelius B. (1999) Predicting delayed anxiety and depression in patients with gastrointestinal cancer. *Br J Cancer*, 79: 525–529.

Novák M, Stauder A, Mucsi I. Az életminőség egészségtudományi kutatásának általános szempontjai. In: Kopp M, Kovács EM (eds.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis, Budapest, 2006b: 24–37.

Novák M, Szeifert L, Mucsi I. Krónikus betegek életminőségének mérése: a Betegségtéher Index („Illness Intrusiveness Rating Scale”). In: Kopp M, Kovács EM (eds.), A magyar népesség életminősége az ezredfordulón. Semmelweis, Budapest, 2006a: 406–412.

Noyes R, Holt C, Massie M. Anxiety disorders. In: Holland J (eds.), Psycho-oncology Oxford University Press, New York, 1998: 548–563.

Onitilo AA, Nietert PJ, Egede LE. (2006) Effect of depression on all-cause mortality in adults with cancer and differential effects by cancer site. *Gen Hosp Psychiatry*, 28: 396–402.

Pallant JF, Lae L. (2002) Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. *Personality and Individual Differences*, 33: 39–48.

Parker PA, Baile WF, Moor Cd, Cohen L. (2003) Psychosocial and demographic predictors of quality of life in a large sample of cancer patients. *Psychooncology*, 12: 183–193.

Pasquini M, Biondi M. (2007) Depression in cancer patients: a critical review. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 3: 1–9.

Pasquini M, Speca A, Mastroeni S, Delle Chiaie R, Sternberg CN, Biondi M. (2008) Differences in depressive thoughts between major depressive disorder, IFN-[alpha]-induced depression, and depressive disorders among cancer patients. *J Psychosom Res*, 65: 153–156.

Passik SD, Dugan W, McDonald MV, Rosenfeld B, Theobald DE, Edgerton S. (1998) Oncologists' recognition of depression in their patients with cancer. *J Clin Oncol*, 16: 1594–1600.

Patrick DL, Kinne S, Engelberg RA, Pearlman RA. (2000) Functional status and perceived quality of life in adults with and without chronic conditions. *J Clin Epidemiol*, 53: 779–785.

Perczel DF, Kiss Z, Ajtay G. (2005) Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában. Budapest: Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet.

Perczel-Forintos D, Sallai J, Rózsa S. (2001) A Beck-féle Reménytelenség Skála pszichometriai vizsgálata. *Psychiatr Hung*, 16: 632–643.

Perry SH, Kowalski TL, Chang CH. (2007) Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. *Health Qual Life Outcomes*, 5: 24–38.

Peters C. Ausdauersport als Rehabilitationsmaßnahme in der Krebsnachsorge. Immunologische und Psychologische Aspekte. Deutschen Sporthochschule, Köln, 1992.

Petticrew M, Bell R, Hunter D. (2002) Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *BMJ*, 325: 1066–.

Petticrew M, Fraser JM, Regan MF. (1999) Adverse life-events and risk of breast cancer: A meta-analysis. *Br J Health Psychol*, 4: 1–17.

Pettingale KW, Burgess C, Greer S. (1988) Psychological response to cancer diagnosis—I. Correlations with prognostic variables. *J Psychosom Res*, 32: 255–261.

Phunggrassami T, Sriplung H, Roka A, Mintrasak EN, Peerawong T, Aegem U. (2003) Disclosure of a cancer diagnosis in Thai patients treated with radiotherapy. *Soc Sci Med*, 57: 1675–1682.

Pilling J. A gyász lélektana. In Pilling J. (eds.), *Gyász. Medicina*, Budapest, 2003: 27–52.

Pilling J. Rossz hírek közlése. In: Pilling J (eds.), *Orvosi kommunikáció. Medicina*, Budapest, 2004: 389–412.

Pitceathly C, Maguire P. (2003) The psychological impact of cancer on patients' partners and other key relatives: a review. *Eur J Cancer*, 39: 1517–1524.

Polsky D, Doshi JA, Marcus S, Oslin D, Rothbard A, Thomas N. (2005) Long-term Risk for Depressive Symptoms After a Medical Diagnosis. *Arch Intern Med*, 165: 1260–1266.

Porter LS, Mishel M, Neelon V, Belyea M, Pisano E, Soo MS. (2003) Cortisol Levels and Responses to Mammography Screening in Breast Cancer Survivors: A Pilot Study. *Psychosom Med*, 65: 842–848.

Prieto JM, Blanch J, Atala J, Carreras E, Rovira M, Cirera E. (2002) Psychiatric Morbidity and Impact on Hospital Length of Stay Among Hematologic Cancer Patients Receiving Stem-Cell Transplantation. *J Clin Oncol*, 20: 1907–1917.

Pronzato P, Bertelli G, Losardo P, Landucci M. (1994) What do advanced cancer patients know of their disease? A report from Italy. *Support Care Cancer*, 2: 242–244.

Purebl G, Kovács M. A depressziós tünetegyüttés kapcsolata a testi betegségekkel, hatása az életminőségre. In: Kopp M, Kovács EM (eds.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis, Budapest, 2006: 420–430.

Raeve LD. (1997) Positive thinking and moral oppression in cancer care. *Eur J Cancer Care*, 6: 249–256.

Rahe RH, Tolles RL. (2002) The Brief Stress and Coping Inventory: A Useful Stress Management Instrument. *International Journal of Stress Management*, 9: 61–70.

Rahe RH. Life change and subsequent illness reports. In: Gunderson EH, Rahe RH (eds.), *Life stress and illness*. CC Thomas Publications, Springfield, IL, 1974: 58–78.

Raison CL, Miller AH. (2003) Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Biol Psychiatry*, 54: 283–294.

Ramsey SD, Berry K, Moinpour C, Giedzinska A, Andersen MR. (2002) Quality of life in long term survivors of colorectal cancer. *Am J Gastroenterol*, 97: 1228–1234.

Reuter K, Härter M. (2004) The concepts of fatigue and depression in cancer. *Eur J Cancer Care*, 13: 127–134.

Reynolds P, Boyd PT, Blacklow RS, Jackson JS, Greenberg RS, Austin DF, Chen VW, Edwards B K. (1994) The relationship between social ties and survival among black and white breast cancer patients. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 3: 253–259.

Reynolds P, Kaplan GA. (1990) Social connections and risk for cancer. Prospective evidence from the Alameda County study. *Behav Med*, 16: 101–110.

Rihmer Z, Szádóczky E, Füredi J, Kiss K, Papp Z. (2001) Anxiety disorders comorbidity in bipolar I, bipolar II and unipolar major depression: results from a population-based study in Hungary. *J Affect Disord*, 67: 175–179.

Ringdal GI. (1995) Correlates of Hopelessness in Cancer Patients. *J Psychosoc Oncol*, 13: 47–66.

Riskó Á, Túry F. Pszichoterápia a pszichoszomatikus betegek kezelésében. In: Szőnyi G, Füredi J (eds.), *A pszichoterápia tankönyve*. Medicina, Budapest, 2008: 478–491.

Riskó Á. A pszichoszociális rehabilitáció. Daganatos betegek pszichodiagnosztikai szűrésének sajátosságai. In: Horti J, Riskó Á (eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban* Medicina, Budapest, 2006a: 257–261.

Riskó Á. Bevezetés az onkopszichológiába. Animula, Budapest, 1999.

Riskó, Á. A daganatos betegséghoz történő alkalmazkodás pszichoszociális folyamatai. In: Horti J, Riskó Á (eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2006b: 85–94.

Roberts CS, Cox CE, Reintgen DS., Baile WF, Gibertini M. (1994) Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. *Cancer*, 74: 336–341.

Roter D. Which facets of communication have strong effects on outcome—a meta-analysis. In: Steward M, Roter D (eds.), *Communicating with medical patients*. Sage Publications, Newbury Park, 1989: 183–196.

Rotter JB. (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs*, 80: 1–28.

Rózsa S, Réthelyi J, Stauder A, Susánszky É, Mészáros E, Skrabski Á. A Hungarostudy 2002 országos reprezentatív tervezése, statisztikai módszerei, a minta leíró jellemzői és az alkalmazott kérdőívek. In: Kopp M, Kovács EM (eds.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis, Budapest, 2006: 70–84.

Rózsa S, Szádóczky E, Füredi J. (2001) Psychometric properties of the Hungarian version of the shortened Beck Depression Inventory (in Hungarian). *Psychiatr Hung*, 16: 384–402.

Ruth EP, Marian LN, Monique MH, Stephen MS, Leanna JS, Deborah JB. (2003) Changes in diet, physical activity, and supplement use among adults diagnosed with cancer. *J Am Diet Assoc*, 103: 323–328.

Sagiv S, Antonovsky H. (2000) The Development of the Sense of Coherence: A Retrospective Study of Early Life Experiences in the Family. *The International Journal of Aging and Human Development*, 51: 155–166.

Sajtos L, Mitev A. SPSS kutatási és adatelemzési kézikönyv Alinea, Budapest, 2007.

Sanger CK, Reznikoff M. (1981) A comparison of the psychological effects of breast-saving procedure with the modified radical mastectomy. *Cancer*, 48: 2341–2346.

Sardell AN, Trierweiler SJ. (1993) Disclosing the cancer diagnosis. *Cancer*, 72: 3355–3365.

Schag CAC, Heinrich RL. (1989) Anxiety in medical situations: Adult cancer patients. *J Clin Psychol*, 45: 20–27.

Schimmer AD, Elliott ME, Abbey SE, Raiz L, Keating A, Beanlands HJ. (2001) Illness intrusiveness among survivors of autologous blood and marrow transplantation. *Cancer*, 92: 3147–3154.

Schmidt C, Bestmann B, Küchler T, Longo W, Rohde V, Kremer B. (2005) Gender Differences in Quality of Life of Patients with Rectal Cancer. A Five-Year Prospective Study. *World J Surg*, 29: 1630–1641.

Schroevers M, Sanderman R, van Sonderen E, Ranchor A. (2000) The evaluation of the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) scale: Depressed and Positive Affect in cancer patients and healthy reference subjects. *Qual Life Res*, 9: 1015–1029.

Schwartz C, Sprangers M. Adaption to changing health: response shift in quality-of-life research. American Psychological Association, Washington, DC, 2000.

Schwarzer R. Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research. Freie Universität Berlin, Berlin, 1993.

Sehlen S, Hollenhorst H, Lenk M, Schymura B, Herschbach P, Aydemir U, Dühmke E. (2002) Only sociodemographic variables predict quality of life after radiography in patients with head-and-neck cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 52: 779–783.

Septon SE, Sapolsky RM, Kraemer HC, Spiegel D. (2000) Diurnal Cortisol Rhythm as a Predictor of Breast Cancer Survival. *J. Natl. Cancer Inst.*, 92: 994–1000.

Shadbolt B, Barresi J, Craft P. (2002) Self-Rated Health as a Predictor of Survival Among Patients With Advanced Cancer. *J Clin Oncol*, 20: 2514–2519.

Shapiro A, Keyes C. (2008) Marital Status and Social Well-Being: Are the Married Always Better Off?. *Social Indicators Research*, 88: 329–346.

Shopland DR, Eyre HJ, Pechacek TF. (1991) Smoking-attributable mortality in 1991. Is lung cancer now the leading cause of death among smokers in the United States?. *J Natl Cancer Inst*, 83: 1142–1148.

Silberfarb PM, Philibert D, Levine PM. (1980) Psychosocial aspects of neoplastic disease: II. Affective and cognitive effects of chemotherapy in cancer patients. *Am J Psychiatry*, 137: 597–601.

Silliman RA, Guadagnoli E, Weitberg AB, Mor V. (1989) Age As a Predictor of Diagnostic and Initial Treatment Intensity in Newly Diagnosed Breast Cancer Patients. *J Gerontol*, 44: M46–50.

Siminoff LA, Ravdin P, Colabianchi N, Saunders-Sturm CM. (2000) Doctor-patient communication patterns in breast cancer adjuvant therapy discussions. *Health Expect*, 3: 26–36.

Sipos K, Sipos M. The development and validation of the Hungarian form of the State-Trait Anxiety Inventory. In: Spielberger CD, Diaz-Guerrero R (eds.), *Cross-cultural Anxiety*. Vol. 2. Hemisphere/McGraw Hill, Washington D.C., 1983: 27–39.

Sklar LS, Anisman H. (1979) Stress and coping factors influence tumor growth. *Science*, 205: 513–515.

Skrabski A, Kopp M, Kawachi I. (2004a) Social capital and collective efficacy in Hungary: cross sectional associations with middle aged female and male mortality rates. *J Epidemiol Community Health*, 58: 340–345.

Skrabski Á, Kopp M, Rózsa S, Réthelyi J. (2004b) A koherencia mint a lelki és testi egészség alapvető meghatározója a mai magyar társadalomban. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 5: 7–25.

Sabin L, Fleming I. (1997) TNM Classification of Malignant Tumors, fifth edition (1997). Union Internationale Contre le Cancer and the American Joint Committee on Cancer. *Cancer*, 80: 1803–1804.

Soler-Vila H, Kasl SV, Jones BA. (2003) Prognostic significance of psychosocial factors in African-American and white breast cancer patients. *Cancer*, 98: 1299–1308.

Spiegel D, Sands S, Koopman C. (1994) Pain and depression in patients with cancer. *Cancer*, 74: 2570–2578.

Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the State–Trait Anxiety Inventory. Consulting Psychologists Press, Palo Alto, 1970.

Stark DPH, House A. (2000) Anxiety in cancer patients. *Br J Cancer*, 83: 1261–1267.

Steginga SK, Lynch BM, Hawkes A, Dunn J, Aitken J. (2009) Antecedents of domain-specific quality of life after colorectal cancer. *Psychooncology*, 18: 216–220.

Stommel M, Kurtz ME, Kurtz JC, Given CW, Given BA. (2004) A Longitudinal Analysis of the Course of Depressive Symptomatology in Geriatric Patients With Cancer of the Breast, Colon, Lung, or Prostate. *Health Psychol*, 23: 564–573.

Street Jr RL, Gordon H, Haidet P. (2007) Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Soc Sci Med*, 65: 586–598.

Susánszky É, Riskó Á. „Élet a betegség után.” Sikeresen kezelt rosszindulatú daganatos betegek életminőségének vizsgálata. In: Kopp M, Kovács EM (eds.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis, Budapest, 2006: 477–485.

Szabó G, Rózsa S. Az életesemények hatása az életminőségre. In: Kopp M, Kovács EM (eds.), *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006: 324–337.

Szekely A, Balog P, Benko E, Breuer T, Szekely J, Kertai MD. (2007) Anxiety Predicts Mortality and Morbidity After Coronary Artery and Valve Surgery A 4-Year Follow-Up Study. *Psychosom Med*, 69: 625–631.

Szendi G. Pszichoneuro-endokrinológia–onkopszichológiai vonatkozások. In: Horti J, Riskó Á (eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2006: 54–68.

Szondy K. A legjellemzőbb daganatos betegségek onkopszichológiai sajátosságai: tüdőrák. In: Horti J, Riskó Á (eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2006: 121–129.

Taylor KL, Lamdan RM, Siegel JE, Shelby R, Moran-Klimi K, Hrywna M. (2003) Psychological Adjustment Among African American Breast Cancer Patients: One-Year Follow-Up Results of a Randomized Psychoeducational Group Intervention. *Health Psychol*, 22: 316–323.

Taylor S, Lichtman R, Wood J. (1984) Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *J Pers Soc Psychol*, 46: 489–502.

Thomas C, Madden F, Jehu D. (1987) Psychological effects of stomas—I. Psychosocial morbidity one year after surgery. *J Psychosom Res*, 31: 311–316.

Thomas CB, Duszynski KR, Shaffer JW. (1979) Family attitudes reported in youth as potential predictors of cancer. *Psychosom Med*, 41: 287–302.

Tiringer I, Varga J, Molnár E. Krónikus betegek ellátásának egészségpszicholgiája. In: Kállai J, Varga J, Oláh A (eds.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2007b: 305–331.

Tiringer I. Pszichológiai szempontok az onkológiai betegek ellátásában. In: Kállai J, Varga J, Oláh A (eds.), *Egészségpszichológia a gyakorlatban*. Medicina Könyvkiadó, Budapest: 2007a: 383–409.

Todorova ILG, Baban A, Balabanova D, Panayotova Y, Bradley J. (2006) Providers' constructions of the role of women in cervical cancer screening in Bulgaria and Romania. *Soc Sci Med*, 63: 776–787.

Touitou Y, Bogdan A, Lévi F, Benavides M, Auzéby A. (1996) Disruption of the circadian patterns of serum cortisol in breast and ovarian cancer patients: relationships with tumour marker antigens. *Br J Cancer* 74: 1248–1252.

Tusnády G, Gaudi I, Rejtő L, Kásler M, Szentirmay Z. (2008) A magyar daganatos betegek túlélési esélye a Nemzeti Rákregiszter adatai alapján. *Magyar Onkológia*, 52: 339–349.

U.S. Department of Health and Human Services. The Health Benefits of Smoking Cessation. DHHS publication (CDC) 90-8416. U.S. DHS, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, Washington DC, 1990.

U.S. Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking: Nicotine addiction. A Report of the Surgeon General. DHHS Pub. No. (CDC) 88-8406. U.S. DHS, Washington DC, 1988.

Varga J, Tiringer I. A betegtájékoztatás kommunikációs kérdései. In: Pilling J (eds.), *Orvosi kommunikáció*. Medicina, Budapest, 2004: 145–168.

Vargha JL. Egészségpszichológia–tanulmányi útmutató. 1. rész. Babeş–Bolyai Tudományegyetem, Kolozsvár, 2001.

Vargha JL. Klinikai pszichológia. Egyetemi jegyzet. I. rész. Babeş–Bolyai Tudományegyetem, Kolozsvár, 2006.

Veres Z. A daganatos betegek lehetséges pszichológiai és pszichiátriai tünetei: alkalmazkodási zavarok; szorongás és depresszió. In: Horti J, Riskó Á (eds.), *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina, Budapest, 2006: 217–224.

von Gruenigen VE, Frasure HE, Jenison EL, Hopkins MP, Gil KM. (2006) Longitudinal assessment of quality of life and lifestyle in newly diagnosed ovarian cancer patients: The roles of surgery and chemotherapy. *Gynecol Oncol*, 103: 120–126.

Walker LG, Heys SD, Walker MB, Ogston K, Miller ID, Hutcheon AW. (1999) Psychological factors can predict the response to primary chemotherapy in patients with locally advanced breast cancer. *Eur J Cancer*, 35: 1783–1788.

Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R. (1978) Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6: 160–170.

Watson M, Haviland JS, Greer S, Davidson J, Bliss JM. (1999) Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet*, 354: 1331–1336.

Waxler-Morrison N, Hislop TG, Mears B, Kan L. (1991) Effects of social relationships on survival for women with breast cancer: a prospective study. *Soc Sci Med*, 33: 177–183.

Webster K, Cella D, Yost K. (2003) The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) Measurement System: properties, applications, and interpretation. *Health Qual Life Outcomes*, 1: 79.

Webster K, Odom L, Peterman A, Lent L, Cella D. (1999) The functional assessment of chronic illness therapy (FACIT) measurement system: Validation of version 4 the core questionnaire. *Qual Life Res*, 8: 604.

Weissman AN. (1979) The Dysfunctional Attitude Scale: a validation study. *Dissertation Abstracts*, 40: 1389–1390.

Wells KB, Golding JM, Burnam, MA. (1988) Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry*, 145: 976–981.

Whitaker KL, Brewin CR, Watson M. (2008) Intrusive cognitions and anxiety in cancer patients. *J Psychosom Res*, 64: 509–517.

Wilson T, Alexander D, Kind P. (2006) Measurement of Health-Related Quality of Life in the Early Follow-Up of Colon and Rectal Cancer. *Dis Colon Rectum*, 49: 1692–1702.

Winningham M, MacVicar M. (1988) The effect of aerobic exercise on patient reports of nausea. *Oncol Nurs Forum*, 15: 447–450.

Wise M, Rieck S. (1993) Diagnostic considerations and treatment approaches to underlying anxiety in the medically ill. *J Clin Psychiatry*, 54: 22–26.

World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. World cancer report 2008. WHO–IARC, Lyon, 2008.

World Health Organization. (1995) The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL). Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41: 1403–1409.

World Health Organization. (2005) Global Action Against Cancer. Accesat: 2006.08.04, pagina web: www.who.int.

World Health Organization. (2008a) Health for all database (HFA–DB). Accesat: 2009.03.02, pagina web: www.who.int.

World Health Organization. (2008b) European Mortality Database (HFA–MDB). Accesat: 2009.03.02, pagina web: www.who.int.

Despre autor

Sunt dr. Dégi L. Csaba, lector universitar la Universitatea Babeş-Bolyai, Facultatea de Sociologie și Asistență Socială din Cluj Napoca. Începând cu 2001, după terminarea studiilor universitare și de masterat, m-am dedicat cercetării aspectelor și implicațiilor psihosociale ale bolilor tumorale, am ținut o serie de cursuri și traininguri de (in)formare și prevenție și am publicat articole și scrieri legate de această problematică. Pe lângă activitatea mea didactică și de cercetare de la Universitatea Babeş-Bolyai, colaborez cu Asociația Română de Cancer – Grup Destine Comune, precum și cu Societatea Română de Cancer. Mă implic, de asemenea, în organizarea de workshop-uri pentru grupuri de pacienți. În această activitate practică mă ajută enorm faptul că am urmat cursuri de specializare în relaxarea imaginativă și de consiliere în probleme de adictologie, precum de terapia familiei. În 2004, mi-am început studiile de doctorat, beneficiind de o bursă de la statul maghiar, ceea ce a reprezentat un pas important în cariera mea profesională, fiindcă am avut posibilitatea de a participa la prelucrarea și analiza bazei de date oncologice de la cercetarea națională reprezentativă Hungarostudy 2002. După întoarcerea mea acasă, m-am putut folosi de experiența acestei cercetări longitudinale și în studiile desfășurate la institutele de oncologie din țară.

Lista selectivă cu publicații

Publicații în tematica cărții

Publicații în limba engleză

Dégi LCs. Palliative social work in Central-Eastern Europe: The emerging experience of Romania. In: Altilio, T. & Otis-Green, S. (eds.), Oxford Textbook of Palliative Social Work. Oxford University Press, New York, 2011: 537–543.

Dégi LCs. (2009) Non-disclosure of cancer diagnosis: An examination of personal, medical and psychosocial factors. *Supportive Care in Cancer*, 17(8): 1101–1107. IF 2.422

Dégi LCs. (2010) Medical, psychological and social aspects of cancer diagnosis disclosure and non-disclosure in Romania. *Psycho-Oncology*, 19, Suppl. 2, A-3: 54–55. IF 2.589

Dégi LCs. (2010) Reasons and consequences of cancer diagnosis non-disclosure in Romania. *Psychology & Health*, 25, Suppl. 1: 196–197. IF 1.692

Dégi LCs, Balog P, Kopp M, Kállay É, Thayer J, Csikai E. (2010) Depressive symptoms, negative life events and incidence of lifetime treatment of cancer in the Hungarian population. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 10(1): 39–57. IF 0.577

Kállay É, Dégi LCs, Vincze A. (2007) Dysfunctional attitudes, depression and quality of life in a sample of Romanian Hungarian cancer patients. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 7(1): 95–106. IF 0.577

Dégi LCs, Kállay É, Vincze A. (2007) Differences in illness-related distress in ethnically different cancer patients: Romanians, Romanian Hungarians and Hungarians. *Cognition, Brain, Behavior*, 11(1): 143–158.

Publicații în limba maghiară

Dégi LCs, Balog P. (2009) A daganatos diagnózis közlésének orvosi, pszichológiai és szociális háttértényezői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 10(1): 1–19.

Dégi LCs. (2007) Egészségi állapot, egészségvédő és kockázatos egészségmagatartási szokások vizsgálata erdélyi felnőtt populációban a daganatos megbetegedés rizikója szempontjából. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 8(4): 251–269.

Dégi LCs. (2006) Onkopszichológiai beavatkozások hatékonyságvizsgálata a daganatos betegek életminősége és túlélési esélye szempontjából. *Psychiatria Hungarica*, 21(2): 138–146.

Dégi LCs. (2006) Onkopszichológiai beavatkozások hatékonyságvizsgálata a fej–nyak daganatos betegek életminősége szempontjából. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 7(1): 60–70.

Dégi LCs. (2005) Onkogenézis és prognózis a pszicho–neuro–immun rendszerben. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 6(2): 183–192.

Balog P, Dégi LCs. (2005) A családi támogatottság szerepe a daganatos nők pszichoszociális sérülékenységének csökkentésében. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 6(1): 17–34.

Dégi LCs. (2003) Hatékony beavatkozási lehetőségek az onkopszichológia területén. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 4(3): 315–327.

Dégi LCs. (2001) A sanatogenetikus személyiségtényezők szerepe a rák diagnózissal való hatékony megküzdésben. *Erdélyi Pszichológiai Szemle*, 2(4): 79–93.

Publicații în limba română

Dégi LCs. (2010) Influența necunoașterii diagnosticului tumoral asupra stării psihosociale a pacientului. *Revista de Asistență Socială*, 2: 185–197.

Dégi LCs. (2004) Model de intervenție în asistență psiho–oncologică. Grup de suport pentru asistenți medicali. *Jurnalul Societății Române de Cancer*, 5–7.

Dégi LCs. (2002) Grupul de suport pentru asistență medicală din Institutul Oncologic, Cluj–Napoca. *Annales Universitatis Apulensis*, seria Asistență Socială, 2: 109–119.

Capitole în volume colective

Dégi LCs. Psichosociális kockázati tényezők szerepe a daganatos megbetegedésekben. In: Kopp M (ed.), Magyar lelkiállapot, 2008. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2008: 557–568.

Dégi LCs. Psicho-onkológia narratívumok. In: Ungvári–Zrínyi I (ed.), Emlékezet és kommunikáció. Narratívák az egyéni, a társas és a közösségi identitás teremtésében. Scientia Kiadó, Kolozsvár, 2007: 239–252.

Rezumate de conferință citabile

Dégi LCs. (2008) A daganatos diagnózisközlés orvosi, pszichológiai és szociális háttértényezői Romániában. *Psychiatria Hungarica*, 23(S): 34.

Alte publicații

Dégi LCs. (2009) A review of drug prevention system development in Romania and its impact on youth drug consumption trends, 1995–2005. *Drug and Alcohol Review*, 28(4): 419–425. IF 1.926

Dégi LCs, Vincze A, Roth M. (2008) A kábítószerfogyasztás és a függőségeszély pszicho-szociális vonatkozásai a kolozsvári egyetemi hallgatók körében. *Erdélyi Psichológiai Szemle*, 9(3): 211–235.

Dégi LCs, Szabó B. (2006) A felnőtt középkorú lakosság egészségmagatartásának pszichosociális vetületei. *Erdélyi Psichológiai Szemle*, 7(3): 191–205.

Dégi LCs. (2004) Arcok nélkül–HIV csoportmunka. *Mátrix – A Magyar Csoport–pszichoterápiás Egyesület szakmai kiadványa*, 7–8: 6–11.

Resurse web/on-line

http://dmoz.org/Health/Conditions_and_Diseases/Cancer/
http://ec.europa.eu/research/health/index_en.html
<http://epsz.pszichologia.ubbcluj.ro/>
<http://eu-cancer.iarc.fr/>
<http://jncicancerspectrum.oxfordjournals.org/>
<http://locatorplus.gov/>
<http://onkopszichologia.bencium.hu/>
<http://www.daganatok.hu/>
<http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/>
<http://www.informarehpv.ro>
<http://www.ipos-society.org/>
<http://www.magtud.sote.hu>
<http://www.mentsukmegaferfiakat.hu/>
<http://www.mindentudas.hu/index.html>
<http://www.mitiseszemiszom.hu/>
<http://www.ms.ro/>
<http://www.naswwebed.org/default.aspx>
<http://www.nih.gov/>
<http://www.nimh.nih.gov/>
<http://www.oncol.hu/>
<http://www.proqolid.org/>
<http://www.rakliga.hu/>
<http://www.sanataateatv.ro/>
<http://www.arcdestinecomune.ro/>

<http://www.srccjro.org/>

<http://www.tetplatform.hu/>

<http://www.who.int/en/>

<http://www.youtube.com/csabadegi>



Dr. Dégi Csaba s-a dedicat cercetării aspectelor și implicațiilor psihosociale ale bolilor tumorale începând cu 2001. El reprezintă asistența socială oncologică la nivel european și internațional. Activitatea lui științifică în acest domeniu a fost recunoscută cu cinci premii naționale privind cercetarea și publicarea în reviste cotate (UEFISCDI, CNCSIS, UBB și Gala Premiilor în Educație - Fundația Dinu Patriciu). Recent Oxford University Press l-a invitat să scrie un capitol despre starea emoțională a pacienților de cancer din România.



ISBN: 978-973-595-896-1